This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

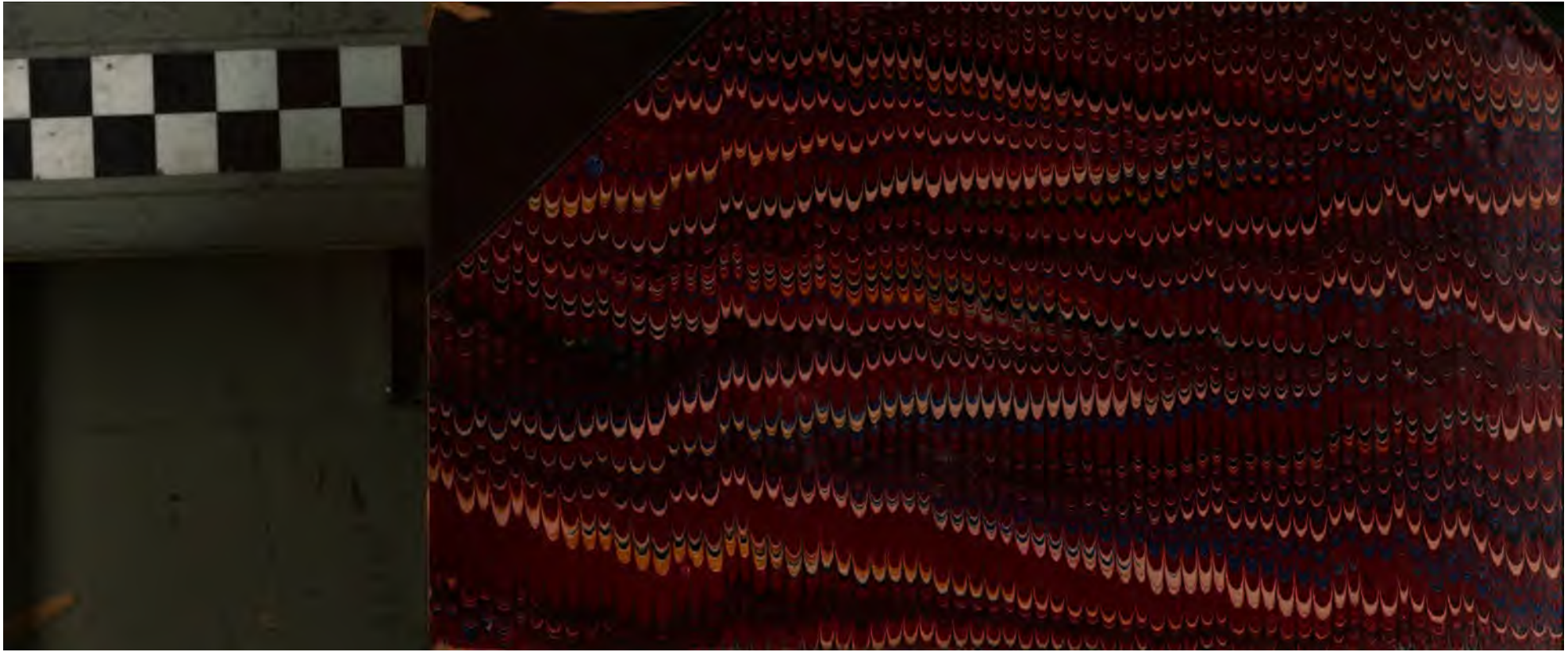
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ATHANASSIO, BABINSKI, BALLET, BERNARD (R.), BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONNE, BOSC, BOURDIN, BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CATSARAS, CHABBERT, CHARON, CHRISTIAN, COLOLIAN, COULONJOU, COURMONT, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FARNARIER (F.), FAUCHER, FERE (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GILLES DE LA TOURETTE, GARNIER (S.), GENTÈS, GOMBAULT, GRASSET, JOURDAN, KERAVAL, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY (R.), LWOFF, MABILLE, MARIE, MIERZEJEWSKY, MIRALLIÉ, MONGOUR, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), RELLAY (P.), ROTH (W.), ROUX (J.), SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), URRIOLA, VALLON, VEDEL, VERGER (H.), VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT et J. NOIR**

Dessinateur : **LEUBA**

Deuxième série, tome VIII. — 1899.

Avec 6 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes*

1899

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ATHANASSIO, BABINSKI, BALLET, BERNARD (R.), BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONNE, BOSC, BOURDIN, BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CATSARAS, CHABBERT, CHARON, CHRISTIAN, COLOLIAN, COULONJOU, COURMONT, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FARNARIER (F.), FAUCHER, FERE (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GILLES DE LA TOURETTE, GARNIER (S.), GENTÈS, GOMBAULT, GRASSET, JOURDAN, KERAVAL, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY (R.), LWOFF, MABILLE, MARIE, MIERZEJEWSKY, MIRALLIÉ, MONGOUR, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), RELLAY (P.), ROTH (W.), ROUX (J.), SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), URRIOLA, VALLON, VEDEL, VERGER (H.), VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT et J. NOIR**

Dessinateur : **LEUBA**

Deuxième série, tome VIII. — 1899.

Avec 6 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes*

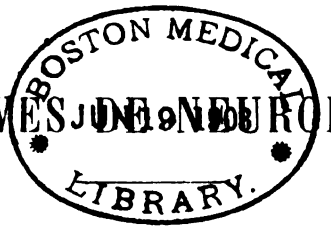
1899

BOSTON MEDICAL
JUN 19 1903
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 19 1903
E. H. B.

Vol. VIII. Juillet 1899. N° 43

7226



ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

L'IDÉE FIXE;

Par le Dr P. KERAVAL,
Médecin directeur de l'asile d'Armentières (Nord).

Historique.

Préciser le sens et la valeur actuels du symptôme connu sous le nom d'idée fixe, peut-être un peu oublié de nos jours, en tracer les rapports avec l'état mental normal et les principales formes psychopathiques dans lesquelles il se montre, tel est le but de cette étude.

L'importance des premières descriptions des maladies mentales faites par les maitres français, en des ouvrages immortels, grandit de jour en jour, à raison même des détails et des aperçus, quelquefois distincts, dont on se plaît partout en France et à l'étranger à compléter en quelque sorte leurs œuvres. L'Allemagne, qui s'est d'abord inspirée, et pendant longtemps, de leurs travaux traduits et commentés par ses premiers sujets, a bientôt énormément produit dans le sens que nous indiquons ; ce sont tantôt des livres d'ensemble examinant les psychoses sous des jours incontestablement originaux bien que parfois assez obscurs, tantôt des mémoires dans lesquels un luxe d'analyse donne souvent l'illusion d'une pénétration complexe quelque peu étrange.

En ce qui concerne l'idée fixe, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que le terme est passé tel quel dans

toutes les langues en subissant à peine l'adultération de mise en pareils cas.

En lisant, par exemple l'*Allgemeine Psychopathologie* d'EMMINGHAUS, on constate la place honorable réservée par l'auteur allemand dans ce volume aux *fixe* (*inhaltlich falsche*) *Ideen*[1].

Puis, comme en France et en tout autre pays, on se préoccupe moins des idées fixes jusqu'au jour où M. WERNICKE reprend le problème sous le nom d'idée *prévalente* (*überwerthige*), en 1892[2]. Cette dénomination particulière appuyée d'une théorie spéciale suscite des communications de MM. SELLE[3] et NEISSER[4] à propos d'une question qui devient à l'ordre du jour ainsi qu'on peut s'en convaincre en étudiant comparativement le mémoire de M. SNELL[5].

En 1894 et en 1896 WERNICKE[6] publie l'objet systématique de son enseignement, tout à fait original, et expose dogmatiquement sa façon de penser sur l'idée fixe ou prévalente. Ses manières de voir ne sont cependant point partagées par M. KŒPPEN[7] qui combat la valeur du terme, et repousse la nécessité de son maintien, contre M. FRIEDMANN[8]. Elles sont enfin examinées en trois articles successifs par L.-A. KOCH[9].

L'intérêt qui s'attache, comme le montreront les développements ultérieurs, à tout un faisceau de problèmes soulevés par l'idée fixe, nous a engagé, à approfondir, autant que possible, les éléments divers qu'elle met en jeu. Favorisé par la présence dans notre service d'un certain nombre de mala-

[1] Leipzig, in-8°, 1878, p. 202.

[2] *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 23 juin 1892. — LX° Congrès des aliénistes de l'Est de l'Allemagne; session de Breslau, 26 novembre 1892, in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LI, 1894.

[3] LXII° Congrès des aliénistes de l'Est de l'Allemagne; session de Sorau, 25 juin 1893. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LI, 1894.

[4] LXI° Congrès de l'Est de l'Allemagne ; session de Breslau, *loc. cit.*

[5] *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, XLI. 4.

[6] *Grundriss der Psychiatrie*, 1re partie, Leipzig, in-8°, 1894; 2e partie, Leipzig, in-8°, 1896.

[7] *Société psychiatrique de Berlin*, 15 décembre 1894. L'idée prévalente et ses rapports avec le délire des persécuteurs processifs.

[8] Contribution à la connaissance et à l'intelligence des délires bénins et à courte évolution. *Neurologisches Centralblatt*, t. XIV, 1895.

[9] *Centralblatt für Nervenheilkund.*, t. XIX. N. F., VII, 1896. Les idées prévalentes.

des caractéristiques, nous en avons, le plus que nous avons pu, dégagé les termes, et sur notre invitation, M. G.-R. LAURENT, interne à l'établissement, a écrit sur ce sujet sa thèse inaugurale [1] qui a été récompensée par la Faculté de Lille.

Exposons donc maintenant les points fondamentaux de la question.

Généralités.

Le mécanisme des idées délirantes et, par suite, du délire, n'est point facile à élucider. Peut-être n'en saisissons-nous pas bien le jeu parce que nous ne nous attachons pas suffisamment à bien observer, à observer en médecins ce qui, normalement se passe dans le fonctionnement des idées et des sentiments, dans les facultés mentales. Sans doute toutes les littératures nous fournissent des types d'observation de ce genre ; mais il ne faut pas oublier que les descriptions et les réflexions des auteurs qui ont étudié l'humanité et les milieux sociaux sont le produit d'esprits, évidemment cultivés, évidemment parfois assez fins pour s'immortaliser par la vérité des types qu'ils décrivent, mais ne procédant pas de la méthode scientifique et étrangers aux habitudes d'analyse inculquées par la précision des connaissances scientifiques. Nous n'avons pas la prétention de faire mieux. Qu'on nous permette simplement de consigner ici quelques considérations relatives à notre sujet.

Quelle est la définition crue de l'idée fixe ? L'idée fixe est une idée qui apparaît dans le cerveau et n'en sort plus. Les profanes ont consacré cette expression qui, pour eux, est synonyme de folie, ou peu s'en faut. Serrons-en de près les aspects en nous basant sur l'observation des faits.

Avant tout, un homme qui a une idée fixe n'est point par cela même un fou ; sinon, comme nous l'allons voir, il n'y aurait plus de mobile suivi des actes dans le domaine de la pensée.

Quand l'explorateur Livingstone, de condition modeste, dépourvu de ressources et de moyens d'action, se propose, tout jeune, de devenir assez instruit pour se livrer *efficacement* à l'étude des régions inconnues, il a une idée fixe. Quand

[1] *L'Idée fixe et son rôle en pathologie mentale.* Lille, in-8°, 1898.

un enfant fixe à son avenir le but de telle ou telle profession, il a une idée fixe. Les idées prévalentes de pudeur, d'honneur, de probité, etc. (WERNICKE) sont autant d'idées fixes.

La crainte d'un insuccès, de la malveillance des autres, aux examens ou dans toute autre démarche, l'appréhension du ridicule, de la gaucherie, de la maladresse, constituent souvent un groupe de préventions, de doutes, de terreurs, contre soi ou à l'égard de ses semblables, qui représentent une série d'idées fixes.

Le désir de parvenir, l'image mentale de quelque complication, de quelque événement prévu ou imprévu, d'un concurrent, d'un adversaire se présente toujours à l'esprit d'une façon soutenue et, par conséquent, entraîne des idées fixes de grandeur et de persécution sociales. Seulement ce sont toutes des idées fixes physiologiques, normales, qui deviennent le pivot de l'activité humaine. Pourquoi?

Parce que l'individu qui les fabrique ne les regarde pas comme évidentes, indiscutables, par elles-mêmes, sans les contrôler. Celui qui les pense, les analyse ; il en creuse en rumine, sans trouble, la base même ; il les vérifie méthodiquement, et, s'appuyant sur des motifs plausibles, il les légitime, s'il y a lieu, ou non, ultérieurement. Il fonde alors sur ces idées sa règle de conduite. Ce qui domine surtout dans l'idée fixe physiologique, c'est qu'elle ne s'impose pas à la conscience. Tout au contraire, elle appelle le contrôle du sujet.

Pour se hisser, par exemple, à la situation à laquelle il atteignit, Livingstone se rendit compte de tout ce qu'il avait à apprendre. Et, par des procédés, pénibles pour lui, mais accessibles, il arriva à son but. Il ne s'imagina pas qu'il était déjà ce qu'il fallait qu'il devînt. Il ne perdit pas le sens de la réalité et des moyens de modifier cette réalité, quelque grandes que fussent les difficultés à vaincre. Il se mit patiemment au contraire et énergiquement en quête des voies et moyens pratiques de s'instruire, et, plus tard, des voies et moyens pratiques de voyager dans les régions inexplorées.

Ainsi font, chacun dans sa sphère, les enfants, les jeunes gens, les hommes qui ambitionnent l'exercice d'une profession qui leur sourit, qui brûlent du désir d'inventer, d'illustrer leur pays ou de tenter quelque projet utile.

Prenons maintenant les idées prévalentes inculquées par

l'éducation, qui servent de norme à la conduite de la vie. Leur raison d'être est, à l'origine. l'objet d'une explication rationnelle dans l'intimité du Moi ; la nécessité de s'y conformer apparait à l'esprit comme la base de l'ordre et du relèvement de l'humanité.

Quant aux idées d'appréhension, de mauvaise humeur, de dépression, qui se traduisent par la crainte d'être mal apprécié, d'être entouré d'envieux, de gens pernicieux, quant aux idées d'espérance, d'élévation, de protection, de passions ou d'antipathies partagées, elles s'accompagnent, elles aussi, chez les gens normaux, toujours de l'intervention du jugement qui, par un mécanisme naturel, inévitable, s'intercale entre les réflexions suscitées par l'idée fixe de grandeur ou de persécution physiologique, et incite précisément au contrôle de la réalité de cette idée. C'est le jugement qui modère les imputations tendant à en préciser la légitimité et en examine le bien ou le mal fondé; c'est lui qui empêche qu'elles ne s'imposent à la conscience comme si elles étaient vraies, qui, par conséquent en atténue les conséquences sur les actes, qui refrène l'imagination portée à tracer une ligne de conduite logique mais erronée et exagérée en rapport avec les idées en question.

L'état de l'humeur correspondant à ces idées, qu'il les provoque ou qu'il soit provoqué par elles, n'est, en ces conditions, que momentané malgré la fixité de l'idée. Il n'est, en tout cas, que conditionnel, en vertu de l'intervention du contrôle psychique, du sens critique. Or, c'est sur l'état de l'humeur que Wernicke appuie principalement sa théorie, sinon nouvelle, au moins ingénieusement reprise et soumise à de nouveaux développements.

Ce qu'il importe de souligner pour le moment c'est que la vie normale a pour base l'idée fixe physiologique. Il y a donc deux espèces d'idées fixes. Une idée fixe physiologique et une idée fixe pathologique.

Division des idées fixes.

Quelques idées, dit Laurent, qui, loin de fuir comme les autres idées, aussi rapidement qu'elles, surgissent, fixent l'attention et deviennent elles-mêmes, la source d'autres associations d'idées, présentent déjà un élément de fixité. Si l'une

d'elles prend une importance exceptionnelle, et s'impose à l'esprit elle a le caractère de la fixité.

Elle devient alors le centre d'irradiation des états de conscience, *sans cependant en entraver le cours*, mais s'impose réellement à l'esprit.

Idées fixes physiologiques. — Il en est toutefois de l'idée fixe, comme des obsessions. Il existe des *idées fixes normales*, comme il existe des *obsessions normales ;* ces dernières sont des images mentales qui détournent l'attention parce qu'elles n'ont rien de commun avec ce qui préoccupe. Mais l'idée fixe physiologique diffère de l'idée obsédante physiologique en ce qu'elle n'apparaît point *ex abrupto*, sans préparation du fond de l'inconscient. S'il est quelquefois difficile d'en retrouver l'origine autrement que dans une impression profonde, le plus souvent elle repose sur tout un ensemble de faits saillants, de circonstances propres à l'individu qui l'a conçue. Elle est l'aboutissant régulier, naturel, de toute une série d'associations d'idées combinées et convergeant vers le même but, la conclusion logique d'un raisonnement et prend une base certaine et sûre dans l'ensemble de l'existence antérieure du sujet qu'elle résume. Celui-ci, en pleine conscience, la retient parce qu'elle a une relation plus directe avec ses tendances psychiques, y consacre son attention, l'étudie, la raisonne, se l'assimile.

Peut-on attribuer à l'idée fixe physiologique l'épithète de *prévalente*, synonyme, pour Wernicke d'idée fixe ? Si l'on entend par là que l'idée formule un but qui guide tous les actes, un projet vers lequel tendent toutes les pensées, une cible sur laquelle s'orientent toutes les forces de la volonté et de l'intelligence, on la peut conserver. L'idée fixe ou prévalente normale a en effet pour caractère que le passé de l'individu qui la nourrit, lui donne une allure personnelle. Tantôt on en trouve la source dans l'éducation, l'instruction, les études préalables ; tantôt c'est dans le caractère du sujet, dans le milieu où il a vécu, ou avec lequel il a été en contact. Toujours, quelle que soit l'empreinte personnelle dont l'idée fixe est modelée, quel que soit le mode d'activité de l'intelligence, il y a de la part de l'individu qui l'a engendrée adaptation ou essai d'adaptation normale à la réalisation de l'idée.

Idée directrice (*Leitmotiv*), raisonnée et consécutive, abou-

tissant naturel et logique de l'ensemble des phénomènes qui concourent à former le Moi, l'idée fixe vise un but; l'individu, pour l'atteindre, emploie des moyens dosés d'après la difficulté du but. Cela ne veut pas dire que ce but soit toujours possible ; il est quelquefois en disproportion avec les moyens de l'individu. Quelquefois même ce but est impraticable. C'est l'histoire de certains inventeurs malheureux. Les uns s'obstinent, malgré l'impraticabilité du projet ; or ce projet est impraticable, tantôt parce que les éléments n'en ont pas été suffisamment étudiés, tantôt parce que l'inventeur ne se rend pas compte de la véritable impossibilité actuelle de trouver les éléments qui lui manquent, ou de les appliquer pour le moment. L'inventeur est simplement dans l'*erreur*, mais la disproportion et l'illusion du but demeurent physiologiques parce que l'idée n'est ni délirante ni absurde en soi. Qui eût dit, il y a quelques années qu'il n'y avait pas de gaz permanents eût été tenu pour fou ; la plupart des thèmes imaginaires de Jules Verne commencent à sortir du néant ; il n'est pas jusqu'à la constitution moléculaire des métaux qui, remaniée, ne fasse entrevoir aujourd'hui la voie de la transmutation jadis considérée comme une utopie. Ce qui montre l'absurdité, voisine du délire, de ceux qui jadis ont préconisé la poursuite de ces découvertes, ce sont les procédés empiriques grossiers ou incohérents qu'ils prétendaient employer pour réaliser ces désiderata, et les essais alchimiques, encore dépourvus de méthode scientifique, qu'ils faisaient. Quant à ceux qui affirmaient sans preuves avoir découvert ce qu'ils ne pouvaient démontrer, c'étaient ou des imposteurs ou, précisément, des fous, ainsi qu'on va le voir à propos des idées fixes pathologiques. Quiconque, en tout cas, témoigne de l'orientation logique d'une idée possible par un organisme psychique normal et fonctionnant régulièrement, est sous l'influence d'une idée fixe physiologique.

IDÉES FIXES PATHOLOGIQUES OU DÉLIRANTES. — Il est des transitions, parfois insensibles, entre les idées saines et les idées délirantes, c'est entendu ; mille exemples ont été de cela publiés partout. Parmi les inventeurs malheureux dont nous parlions tout à l'heure, il en est qui sont malades. Nous avons été personnellement en relations avec quelques-uns de ceux-là. Nous nous rappelons en avoir connu un qui avait inventé une machine à traction ; il plaçait des chevaux dans l'intérieur

d'un wagon ; on les faisait tourner ou marcher sur place attelés qu'ils étaient à un appareil qui, à l'aide de plusieurs engrenages, communiquait le mouvement à l'une des roues du wagon. Telle était la machine destinée, je ne sais plus pourquoi, à remplacer la locomotive. Ce malheureux avait dépensé une somme assez forte, tout son avoir, à exécuter son invention. Qui n'a vu à l'Exposition Universelle de 1889, la locomotive à pieds d'éléphants articulés. *A priori*, et sans qu'il soit besoin d'être grand clerc, on a des raisons de penser que c'étaient là des inventions futiles auxquelles avait certainement présidé un sens critique défectueux ; le mobile en était formé d'idées fixes normales et pathologiques, trahissant déjà un affaiblissement du jugement. Ajoutons que l'un de ces inventeurs avait possédé à une certaine époque une situation stable lui permettant de vivre très confortablement, et de continuer à créer, si telle était sa fantaisie, des machines de ce genre ou d'un genre plus utile, sans demander l'aide de personne ; or, par suite d'une aberration indéniablement vicieuse, pour se consacrer tout entier à la fougue de son imagination créatrice, en homme supérieur qu'il se croyait, il avait, sans motif aucun, abandonné le pain abondant de chaque jour pour errer à la recherche du veau d'or que devaient infailliblement lui rapporter ses trouvailles. N'est-ce point la déviation pathologique d'une idée fixe déjà entachée de morbidité ?

Il est des cas où la différence entre l'idée saine et l'idée délirante est plus difficile à apprécier parce que, pour la déceler, il faut pouvoir disposer de connaissances professionnelles et techniques, ou contrôler les assertions de l'individu. Le médecin à qui l'on présente un mémoire d'algèbre et de mécanique illustré de dessins compliqués est bien embarrassé. Que répondre à celui qui affirme descendre d'une grande famille, être l'objet de tracasseries, avoir été en butte aux obsessions d'une héritière, etc ?...

Heureusement qu'une idée fixe délirante, fût-elle seule, est, ainsi que l'évolution nous le démontre, incompatible, longtemps au moins, avec l'intégrité de l'esprit. Les bizarreries et les excentricités que les gens du monde classent souvent encore dans le domaine de l'état normal, sont, parfaitement et à juste titre, aujourd'hui regardées comme des anomalies déjà graves. *A fortiori* l'idée délirante. Il est démontré qu'à

la base, il existe une profonde perturbation de la conscience, du jugement, de la raison.

Le premier argument en faveur de cette thèse est que l'individu ne reconnaît pas son erreur, ne la rectifie pas. La logique et la méthode avec lesquelles les malades de cette espèce défendent, fréquemment, d'une façon fort ingénieuse, leur idée délirante, indiquent que le mécanisme même de la pensée n'est pas atteint, qu'il n'y a pas dissociation des facultés. Mais ce mécanisme et ses rouages, s'ils continuent à marcher en vertu de l'exercice antérieur et de l'habitude, aboutissent, appliqués à l'idée fixe, à des erreurs systématiques. Les prémisses de l'idée fixe, l'idée fixe quant à sa teneur (*inhaltlich*), n'ont pas été soumises à l'action du mécanisme logique qui en eût décelé la fausseté ; le malade les tient pour vraies et il raisonne sur cette soi-disant vérité, en en tirant les conséquences qu'elle comporte. C'est *justement parce qu'il n'admet pas le principe de la vérification préalable qu'il a une idée fixe pathologique*. En d'autres cas, il tire des conséquences fausses d'une idée prévalente exacte, par application du mécanisme logique, mais en faisant intervenir un élément conséquentiel faux, admis par lui pour vrai; c'est alors cet élément conséquentiel qui est la déviation pathologique d'une idée prévalente physiologique, et se substitue à celle-ci ; c'est cet élément conséquentiel qui devient l'idée fixe pathologique. Plus tard, l'affaiblissement intellectuel se met de la partie, et avec lui apparait la dissociation pathologique du mécanisme logique, mais bien plus tard.

L'idée fixe ou son dérivé immédiat prend donc le caractère délirant ou pathologique lorsque le sujet en est faux et impossible par rapport à celui qui l'émet.

Mécanisme des idées fixes.

On nous enseigne d'ordinaire que *normalement* nous acquérons des idées justes, soit en tirant des jugements et conclusions de prémisses données, par le fonctionnement régulier des facultés d'idéation et de combinaison, soit en interprétant et en élaborant dans le champ de la conscience des perceptions sensorielles de toute nature. De là à dire que l'idée délirante pouvait émaner de l'intelligence ou des sens,

il n'y avait qu'un pas. Faux jugements ou fausses conclusions tirées de fausses prémisses ou de prémisses vraies — interprétation fausse de perceptions vraies transformées par le Moi — interprétation correcte de fausses perceptions — telles sont les combinaisons qui se présentent à l'esprit du psychologue.

Mais la genèse de l'*idée fixe pathologique* est presque toujours issue d'un *trouble intellectuel primitif*. L'hallucination est rare au début; quand elle existe, elle ne survient, en général, que tardivement, pour corroborer, compléter, illustrer (LAURENT), l'erreur du malade, renforcer, pour ainsi dire le trouble cérébral ; l'*hallucination n'est pas la cause propre de l'idée fixe*.

Nous avons précédemment touché un mot du trouble intellectuel en question. Mais nous n'en avons pas décrit par le menu les ressorts.

Normalement le *mécanisme de la cogitation* est considéré comme le produit d'une sorte de rayonnement des idées en tous sens. Ce poly-idéisme physiologique, par associations à rayons multiples, suit cependant, d'après WERNICKE, un certain ordre, sans lequel la conscience n'est point saisie, n'est point meublée, si l'on veut, des idées qui doivent, en définitive, en constituer la teneur, former, en d'autres termes, le Moi pensant. Ainsi s'expliquerait comment le poly-idéisme physiologique du rêveur, se coordonne et s'oriente quand le rêveur se ressaisit, réfléchit, devient attentif et travaille. Cet ordre des associations conceptuelles serait, en quelque sorte préformé. Il correspondrait à l'ordre dans lequel, à l'origine, se sont emmagasinées et associées les conceptions; pour tous les individus, en effet, l'association des idées, aurait, dès le début de la vie mentale, suivi une orientation préalable à peu près identique. Le monde extérieur s'est gravé dans la conscience, s'y est reflété, en conservant aux objets l'ordre et la succession naturels que leur a donnés la nature. Les idées d'eau, de glace, de vapeur d'eau s'associent dans l'esprit en un ordre déterminé par l'expérience du froid et du chaud ; la sensation cutanée du froid éveille l'idée que l'eau se congèle ; l'association d'idée conjointe du thermomètre fait intervenir une perception optique. Aux associations conceptuelles plus compliquées que nous apprenons des personnes qui nous entourent, correspond encore un ordre

préétabli qui, lui, vient de l'imitation; l'instinct mimétique nous a appris à nous servir des sens les plus grossiers, à apaiser notre faim. L'ordonnancement déterminé des conceptions, a trouvé, à une certaine époque du développement, un instrument très efficace dans la parole articulée qui a fixé les rapports délicats et exacts qui existent entre les notions d'objets concrets, entre celles-ci et les événements ou les actes (le temps), ainsi que la situation de la personne agissante. Par la parole ont été inventés les termes abréviatifs d'associations plus complexes ou notions abstraites, souvent purement verbales, telles que l'amour, la crainte, l'angoisse, l'espérance, le chagrin, expressions qui résument des événements comparables à la notion d'objets concrets. Tout, y compris la structure de la proposition, l'enchaînement logique des phrases, concourt normalement à régulariser la pensée au cordeau. Penser ou répondre à une question, c'est trouver une idée initiale qui mette en mouvement l'ensemble des chaînons antérieurement acquis ou associés qui, jadis, avaient présidé à la mise en train des autres idées, et qui vous font trouver l'idée finale.

Qu'est-ce qui peut troubler cette régularité ? WERNICKE n'hésite pas à accuser l'émotivité, l'affectivité, le sentiment du plaisir ou de la douleur indéfinissable que chacun connaît. Il dit que toute activité cogitative normale est liée à un léger degré de ce mouvement affectif intérieur. En dehors des émotions proprement dites qui troublent évidemment l'activité de la pensée, il est des idées dont le texte s'allie à un sentiment de plaisir ; d'autres, à un sentiment de déplaisir. Une suite d'idées dont le texte a eu pour l'individu un avantage (éducation, formation du caractère) s'allie à un vif sentiment de plaisir. Il en est au contraire d'autres que l'individu a acquises dans des conditions telles qu'elles lui ont causé un sentiment désagréable. Il faut encore tenir compte de la plus ou moins grande fréquence d'utilisation de certains groupes de conceptions qui influence l'activité de la pensée, la répétition des mêmes vibrations physiologiques correspondantes, la reproduction et le rappel des mêmes idées.

Ces conditions sont particulièrement claires quand il s'agit de séries d'idées qui peuvent, pour l'homme, devenir des motifs d'action. C'est par elles que celui qui les pense apprécie ses conceptions *ad valorem* d'après leur teinte senti-

mentale, d'après la spécificité des vibrations physiologiques et affectives qu'elles lui causent, et qu'ainsi il les range, les gradue, en vertu de l'impression préformée que chacune lui a causée, à leur valeur. Quand donc une idée se présente à notre esprit comme supérieure aux autres, si elle prévaut dans notre esprit, c'est que nous jouissons de la faculté d'en apprécier le pourquoi et d'en rectifier au besoin l'exagération par l'estimation du pour et du contre. Toutefois, l'activité de la conscience, qui nous donne l'appréciation de la valence normale des conceptions, est déjà troublée à l'état normal, lorsqu'on est en proie à de certaines conceptions prévalentes telles que l'honneur, la pudeur, la pureté, qui sont *à priori*, pour les gens éduqués des motifs directeurs de leurs actes. Mais il y a encore loin des idées prévalentes physiologiques aux idées prévalentes pathologiques, car dans le premier cas les éléments précédemment exposés du sens critique subsistent.

L'idée prévalente pathologique au contraire n'est pas du tout considérée par le malade comme une intruse, une étrangère, ayant pénétré, malgré lui, dans sa conscience. Elle lui apparaît comme l'expression de sa propre nature, et il combat pour sa réalisation, convaincu que, ce faisant, il lutte pour sa propre personne. Sans doute, souvent, on l'entend se plaindre de ne pouvoir penser à autre chose, mais il la considèrera néanmoins comme normale, justifiée, expliquée complètement par son mode de production. Le meilleur exemple de ce fait est fourni par l'installation du délire systématisé. Une transformation intellectuelle s'effectue qui présente au malade que sa personne est menacée. Il éprouve un sentiment d'inquiétude et de perplexité comparable au sentiment d'inquiétude, de perplexité, de demi-angoisse psychique qu'éprouve chacun de nous parfois, sans motifs, avant de faire une démarche, surtout avant une démarche, sinon importante, au moins considérée comme telle. Nous autres, sujets sains, nous le dissipons par un examen attentif des idées vraies opposées aux idées antagonistes, par un raisonnement à l'appui duquel se présentent des arguments contraires, nous nous remettons, comme on dit. Chez le sujet transformé, comme nous l'avons indiqué, à son insu, rien de semblable ne se passe ; tout au contraire, il éprouve un sentiment de vide dans le champ de la conscience ; une agitation

intérieure arrive, s'accroît, se développe ; la tension psychique s'en mêle et, avec elle, une explication évolue, se déroule, l'idée fixe devient de plus en plus forte, par suite de cette explication qui lui semble satisfaisante.

A côté de cela, il est des cas dans lesquels l'idée fixe paraît en contradiction trop vive avec les anciennes idées, le malade éprouve alors une sorte de besoin de vérification de la réalité de cette idée nouvelle ; bientôt cependant, malgré lui, l'idée s'enracine, la critique et la réflexion affaiblies demeurent impuissantes au travail de la vérification.

Finalement, les associations d'idées ne rayonnent plus dans les sens d'abord multiples puis ordonnés qu'elles devraient normalement prendre ; elles convergent sur un unique but. Des jugements faux, de fausses combinaisons d'idées sont fabriqués et aboutissent fatalement à des conclusions erronées.

Nature des idées fixes.

L'idée fixe pathologique reflète, en certains cas, l'état d'esprit habituel du malade et ses tendances ; on y peut surprendre l'action des intérêts, du milieu, du genre d'occupations sur elle ; les persécutés par le diable, les francs-maçons, les jésuites appartiennent à cette catégorie. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Nombreux sont les cas dans lesquels, sous l'influence peut-être d'une transformation des sentiments et des intérêts habituels du patient par le trouble qui conduit à l'idée fixe fausse ou pathologique, le malade manifeste de nouveaux sentiments d'une tout autre direction, voire diamétralement opposés à ses idées ordinaires. C'est le pendant des faits dans lesquels l'idée fixe constitue l'hypertrophie du caractère normal.

Que vaut dans l'espèce la théorie de WERNICKE, sur le rapport entre l'idée et l'affectivité. Nous avons vu que, pour lui, il n'y a pas d'idée normale qui n'entraîne une appréciation sentimentale. Par suite, il y aurait entre les sentiments habituels du malade et les conceptions fausses qu'il forge les plus étroits rapports. Si l'on veut dire, par là, qu'un faux jugement d'un individu normal comporte un cortège de sentiments (crainte, espérance, opinions préconçues) et qu'il en est de même d'un jugement normal, c'est possible. Et,

en tout cas, il est certain qu'à l'idée fausse pathologique se rattachent toujours des sentiments de plaisir ou de peine exagérés ; les idées délirantes, concernant la personnalité physique et mentale du sujet, sont toutes accompagnées d'évaluations d'intérêts qui se sont éveillées d'emblée en lui ou qui ont été mises en éveil par une fabrication pathologique. Dans l'état de poly-idéisme physiologique, il y a, pour ainsi parler, indifférence ou contrebalancement des sentiments qui accompagnent les idées ; l'affectivité est, en revanche, plus particulièrement excitée par une idée fixe normale; elle est exagérée unilatéralement par une idée fixe pathologique, et c'est cette évaluation sentimentale *prévalente* qui rend le délirant d'abord égoïste, *égocentrique*, et, à cause de cela, si dangereux. Sous cette influence, en outre, la sphère intellectuelle inconsciente, excitée par des troubles fonctionnels organiques extra-cérébraux, réagit directement sur l'organe psychique et l'interprétation fausse, allégorique et imaginaire des sensations éprouvées colore défavorablement la nature des idées exprimées.

Caractère des idées fixes.

L'idée fixe normale repose donc sur tout un ensemble de faits saillants et de circonstances particulières à l'individu ; elle prend une base solide dans sa situation sociale, son éducation, ses études, et sur l'appréciation correcte des éléments actuels de celles-ci ou de leurs perfectionnements.

L'idée fixe pathologique ne se rattache jamais qu'à quelque degré au bagage des connaissances antérieures ; le plus souvent, elle est en opposition, en contradiction immédiate avec le milieu où l'individu a l'habitude de vivre, elle n'a, en tout cas, que des rapports éloignés, douteux ou transformés par l'esprit du patient, avec ses vues antérieures ; elle manque le plus ordinairement de raison d'être chez celui qui la formule. Un ouvrier se prétend d'une famille princière ; une dame se dit recherchée ostensiblement ou indirectement par un monsieur qui n'a jamais pensé à l'épouser et *tutti quanti*.

L'absence de base, la futilité, la déraison de l'idée fixe pathologique sont frappantes. La conscience du sujet l'admet

malgré cela, ce qui prouve que le sens critique ne fonctionne pas ; bien plus, loin de disparaître comme disparait l'erreur commune quand elle est soumise à l'étude du jugement, elle est tenace, en dépit de son absurdité même.

L'idée fixe pathologique n'est pas consécutive et travaillée comme l'idée fixe normale ; elle émerge presque toujours *ex abrupto* sans avoir été ni préparée ni naturellement amenée par des combinaisons de raisonnements. C'est évidemment une lacune, un trouble dans le fonctionnement de l'enchaînement des idées au point de vue mécanique et syllogistique qui en amène l'éclosion, *soudaine*, *inattendue ;* aussi est-elle *irrationnelle*, *illogique*. Elle sert alors de canevas à la faculté logique qui, sur ce thème, travaille comme sur une base vraie. Elle s'installe dans le champ de la connaissance, devient *stable*, *adhérente*, s'associe au réseau de l'idéation dont elle fait désormais partie. Une idée fausse ordinaire, au contraire, disparait complètement à la lueur du jugement momentanément obscurci, et cette disparition sert de palladium, de préservatif, contre des erreurs à venir.

M. Wernicke rattache la date des conceptions prévalentes pathologiques, à des souvenirs de n'importe quel événement ou d'une série d'événements particulièrement troublants, tels que des intérêts lésés dans une affaire d'héritage, la nouvelle du suicide d'un ami, la perte d'un mari, les attentions mal interprétées d'un monsieur à l'égard d'une vieille fille, les reproches infructueux d'une femme au sujet d'une habitude insignifiante de son époux, le souci de la conversion d'une personne égarée, une injustice fictive ou réelle vivement ressentie, un jugement ou une condamnation — tous événements ayant déchaîné la colère, la mortification, l'affliction, le dégoût, l'excitation sexuelle ; mais l'auteur allemand ajoute que « tout événement peut du reste conduire à une idée prévalente, et qu'en ce cas, l'événement en question n'a rien à voir avec l'espèce du trouble émotif ». Inversement des idées prévalentes normales peuvent déterminer une attitude morbide ; ainsi en est-il des gens qui se suicident après la perte de leur fortune, à la suite d'un jugement qui les déshonore, par désespoir de la mort d'une personne chère ; ils ne sont pas aliénés, mais exécutent un acte anormal. Ces opinions corroborent les nôtres.

Étude clinique.

A. Physiologie pathologique. — L'idée fixe pathologique est un symptôme de perturbation profonde des facultés. Quelle est la première origine matérielle de sa genèse ?

Voici un homme normal, qui pense sans cesse à plusieurs choses presque en même temps ; à un moment donné, il est plus spécialement accaparé par une idée ou par un courant d'idées *prévalent*. Le poly-idéisme physiologique, puis, l'ordonnancement des idées, dont nous avons parlé, finalement, la sélection d'une ou de plusieurs idées, dépendent très probablement de lois en rapport avec de petits centres chimiques qui sont préétablis, et produisent des phénomènes moléculaires, des attractions ou des répulsions de tentacules cellulaires de certains neurones. Sans doute, on peut se figurer de cette façon la production des phénomènes précédents. Mais ce ne sera qu'une explication bien vague, tant qu'on n'aura pas distingué les centres et qu'on n'en aura point précisé le jeu. Meynert s'était attaché à un essai de détermination et de classement qui n'a pas réussi. On ne connaît pas les régions de la volonté, de la raison, des adaptations du Moi.

On sait que l'idée qui surgit du poly-idéisme physiologique, ou de la disjonction de l'ordre préétabli dans la série des idées, qui devient en un mot l'idée prévalente physiologique, est immédiatement soumise par la conscience à un examen rigoureux à l'aide des moyens de contrôle dont elle dispose ; la conscience en vérifie avant tout l'objet, le rapproche des connaissances intérieures du cerveau, et un jugement est rendu sur cette idée. Si elle est reconnue fausse ou impraticable, le Moi la rejette sur le champ.

Mais l'idée fixe pathologique, produit de la disjonction la plus avancée de l'ordre préétabli en question, quelque déraisonnable ou absurde qu'elle soit, devient d'autant plus *prévalente* qu'elle est plus absurde et plus déraisonnable, elle *adhère*, victorieuse de tous les contrôles du sens critique, et s'affirme progressivement *tyrannique*.

Admettre qu'il y a un trouble profond de la raison, de la critique, du jugement qui fait que la conscience altérée ne reconnaît plus la fausseté de cette idée et lui permet de sub-

sister en dépit de son absurdité, c'est faire une constatation plutôt que de suivre pas à pas les éléments de la genèse physiologique. Ou bien le sens critique ne permet plus à ces malades de comparer, comme il faut, leurs conceptions actuelles à ce que fut leur passé psychologique ; ou bien il ne leur permet plus de conclure de ce rapprochement à la fausseté de l'idée, à son incompatibilité avec leur personnalité psychique ; ou, en troisième lieu, le sens critique ne fonctienne plus du tout. Et cependant ces malades sont très souvent fort intelligents, plus intelligents même que ne le comporte leur condition sociale.

Quand on leur montre l'insanité de leurs prétentions, ce sont eux qui haussent les épaules ; ils vous disent que, tout inadmissible que puisse paraître leur idée, elle est l'expression de la vérité, ils vous citent des histoires d'enfants naturels appartenant à de hautes personnalités, d'héritages inattendus, de grands seigneurs déguisés, de trésors cachés, de simples personnages tels que Napoléon élevés à des rangs supérieurs.

On en est, somme toute, réduit à enregistrer une lésion du sens critique, du jugement, lésion primitive et principale, qui, en enlevant au malade ses propres moyens de contrôle, le livre sans défense à la fantaisie de son imagination, surexcitée déjà par la notion confuse du trouble qui le frappe.

L'idée fixe pathologique est donc une conception délirante par modification du débit et de l'association ordinaires des idées, du poly-idéisme physiologique normal, absurde ou déraisonnable parce qu'elle manque de base, qui survient *ex abrupto*, sans aucune opération préparatoire du raisonnement. Ferme et stable comme un roc, dès le début, elle est due à l'altération du sens critique. L'individu n'en a pas conscience ; il a au contraire conscience qu'il est dans le vrai.

B. Diagnostic. — D'après les développements précédents, il est, au point de vue spécial où nous nous sommes placé, tout à fait nécessaire d'établir, s'il y a, dans un cas clinique donné, idée prévalente anormale, ou idée prévalente restant encore dans les limites de la santé. Wernicke, fidèle à sa théorie croyait tout d'abord pouvoir arriver à se prononcer d'après l'examen du motif invoqué par le sujet. Mais il n'a pas tardé à reconnaître que, dans le cadre même de cette

théorie du trouble affectif inhérent au souvenir, ce critérium ne laissait pas d'être embarrassant, les motifs invoqués par les malades, notamment par ceux qui sont devenus des persécutés, étant souvent réels. Les caractères que nous avons donnés plus haut sont donc en soi ceux auxquels on se devra référer. Les processifs, par exemple, le sont fréquemment devenus à la suite d'une réelle injustice.

Et comment l'idée prévalente s'étant installée domine-t-elle la question? Tantôt il n'y a pas eu lutte; elle s'est installée avec une facilité contrastant avec l'absurdité ou l'irréalisation de l'idée. Tantôt elle est demeurée à la suite de l'antagonisme qui normalement existe entre l'idée en question et les conceptions opposées chargées, chez l'homme physiologique, de corriger graduellement une prévalence quelconque ; celles-ci sont restées impuissantes. C'est alors qu'apparait le défaut d'appréciation des relations du Moi avec le monde extérieur, l'*autophilie*, qui correspond à la dissociation des éléments du contenu de la conscience, à la disjonction confirmée de l'ordre préétabli du mécanisme de l'association des idées qui la meublent (WERNICKE).

C. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Distinguons l'idée fixe pathologique de l'idée délirante passagère, de l'erreur physiologique, de l'obsession.

1° L'idée fixe pathologique se distingue de l'*idée délirante passagère* de la façon suivante :

L'idée fixe pathologique finit par fausser les conceptions encore normales, ou par les annihiler. Elle amène des associations d'idées, des sentiments, des désirs, comme toute idée saine, qui influencent l'ancienne personnalité, c'est-à-dire les sentiments, les conceptions, les tendances de l'ancienne personnalité qu'elle transforme ou annihile. Changeant la masse des conceptions les plus solidairement associées, et historiquement les mieux établies dans la conscience de l'individu, elle est éminemment dangereuse.

Les explications et combinaisons de l'esprit malade interviennent, et aussi les hallucinations. Elles ont pour origine les changements d'état de la conscience, les sensations morbides, et correspondent à l'état d'esprit et à l'ensemble du texte des autres conceptions. Les explications produisent un soulagement psychique, en satisfaisant le raisonnement.

La conception délirante passagère se forme-t-elle, généralement par suite d'essais d'explications d'un état quelconque qui n'est pas forcément conforme à l'état d'esprit du sujet? Elle peut même être tout à fait étrangère aux autres conceptions de l'individu. Mais aussi, par un retour continuel dans le champ de la conscience, elle peut, avec le temps, prendre l'importance de l'idée fixe, c'est-à dire s'assimiler et devenir systématique.

En revanche, quand on examine un délirant, il ne faut pas s'attendre à la présence permanente dans la conscience du malade de l'idée fixe génératrice du délire, pas plus qu'une conception juste n'est toujours présente dans le cerveau d'un homme normal; elle peut devenir latente, au moins temporairement, et se rectifier. Mais elle ne saurait être dissimulée, longtemps au moins, car le malade ne peut cacher son délire que s'il reconnaît le caractère choquant, bizarre, de son idée; or, c'est précisément l'inconscience de cette absurdité, la perte du sens critique, qui donne naissance à l'idée fixe.

2° L'idée fixe pathologique se distingue de l'*erreur physiologique* par les caractères que voici :

L'idée fausse normale résulte, soit d'un trouble dans le débit des associations d'idées, soit d'une déviation de raisonnements combinés qui n'atteignent pas leur but. C'est pourquoi Leuret pensait que la folie n'est qu'une erreur et que, comme telle, elle devait être rectifiée. Il y a cependant une différence entre celui qui émet une idée erronée et un fou. Il existe des cas, toutefois, où cela n'apparait point.

Si certaines idées délirantes sont en effet absurdes et choquantes, il est aussi des erreurs extravagantes. Par contre, que d'idées délirantes possibles, dont la nature délirante n'est révélée que par une enquête; on peut parfaitement être empoisonné, victime de la malveillance, intoxiqué par la syphilis. Une assertion ne suffit point; il faut établir le comment de la chose, et c'est dans le développement de ce comment que le médecin s'aperçoit que le plaignant se trompe. Ainsi sont mises en lumière la faiblesse et la nullité des arguments, l'infirmité des déductions, et des prémisses, les lacunes, les inconséquences ou les contradictions, telles, que la santé mentale est inadmissible. Le malade peut avoir conservé les connaissances élémentaires propres à corriger son erreur, il est incapable de s'en servir utilement; car, ce

qu'il considérait jadis comme vrai, lui semble maintenant une erreur, et, ce qui est faux, il le tient pour vrai.

L'aliéné a une attitude nouvelle bien caractéristique qui témoigne de la différence entre sa conscience passée et sa conscience présente. Celui-ci, devenu, dit-il, magicien, va pouvoir voler en l'air ; celui-là, mathématicien, affirme avoir trouvé la quadrature du cercle ; un autre, ingénieur, proclame sa découverte du mouvement perpétuel. Or, l'erreur d'un homme normal s'expliquerait par son ancienne manière de voir, son degré d'instruction ; il n'y aurait pas une contradiction aussi grossière.

L'idée fixe de l'aliéné est le symbole de ses intérêts, de ses perceptions, de ses sentiments ; l'affectivité devient prédominante. L'idée erronée de l'homme normal n'a pas ce caractère ; ses croyances mystiques s'il en a, resteront à l'état platonique, en ce sens qu'il ne subordonnera pas toute sa vie concrète à cette foi ; les croyances mystiques de l'aliéné prennent un corps tel qu'il en devient l'esclave, parce qu'il les transforme en des forces uniquement occupées de son Moi, de sa personne.

L'aliéné reste insensible à la discussion. L'homme normal est accessible à la rectification au moyen des connaissances qui forment le bagage de son cerveau, ou par l'intervention d'une instruction acquise, d'une vérification qui lui est soumise. On ne saurait nier néanmoins qu'il n'y ait des cas mixtes ; par exemple, ceux des erreurs implantées dans des cerveaux momentanément désordonnés, comme il arrive chez certains inventeurs malheureux ou un peu malades. On peut arriver encore cependant à déloger l'erreur, ce qui est impossible dans le cas d'idées fixes morbides. C'est comme cela parce que c'est ainsi, répond ou pense l'aliéné.

3° Quels sont les signes différentiels de l'idée fixe et de l'*obsession* ? « Il y a, dit LAURENT, nombre de nerveux et de mélancoliques qui se *plaignent* de ne pouvoir se débarrasser de certaines idées *importunes* et *pénibles* dont ils saisissent parfaitement le *caractère insensé* et *absurde*. Ces idées se mêlent à leurs idées conscientes, logiques et associées, troublent *la marche de ces dernières*, et, par là, causent des *inquiétudes*. Elles provoquent même des impulsions à certains actes que, d'après leur nature, le malade trouve ridicules. »

Tels sont en effet les caractères de l'obsession d'après la formule de MAGNAN, caractères justifiant la dénomination allemande de conception irrésistible (*Zwangsvorstellung*). Les mots que nous avons soulignés, en spécifient avec précision les qualités.

Apparaître subitement et involontairement, en interrompant la marche des idées du malade; faire irruption dans la conscience ; s'imposer à l'attention avec une énergie gênante en repoussant la critique et la réflexion, et disparaître spontanément, tels sont les éléments de l'obsession.

Elle ne s'insinue pas dans l'idéation, comme si elle était une idée vraie, sans que le patient en ait conscience. Non, le sujet la voit absurde, déraisonnable, criminelle, il cherche à s'en débarrasser, comme d'un corps étranger, et lutte contre elle avec toutes les forces de sa volonté; cette lutte n'a lieu qu'en provoquant une *angoisse*. Et alors, ou l'obsession disparaît vaincue par la volonté, ou elle reparaît, ou elle demeure en entretenant la perplexité. Tout contribue ainsi à tyranniser le malheureux.

La fixité de l'obsession est incontestable ; c'est une idée fixe, mais une idée fixe, consciente, visible, nettement perçue pour ce qu'elle est; elle est en rapport avec la direction uniforme donnée au débit et à l'association des idées, mais généralement, elle prend la forme d'accès, et toujours en provoquant la résistance du sujet qui sent ce qui se passe en lui.

On a quelquefois des obsessions à l'état normal. Qui n'a été hanté en pleine réflexion par le retour incessant d'une ou de plusieurs idées semblant entraver les autres, s'implantant avec obstination dans le champ de la conscience, et refusant de s'évanouir? Cette répétition constante s'accompagne d'une modalité sentimentale unicolore qui détonne sur la sensation indifférente, produite par l'idéation normale.

L'idée obsédante a lieu quelquefois par la voie de l'association des idées, à la suite d'une perception sensorielle, d'un événement surprenant, d'un mot, d'une conversation, ou bien, sous l'action d'un mouvement purement organique. Ainsi, dans le premier cas, un incendie, une émotion vive, sera l'agent causal. Dans le second, ce doit être une excitation intérieure ; exemple, l'obsession par névralgie ou toute autre

sensation physique d'organes. Invariablement elle arrive spontanément et par envahissement brusque, aperçu, du champ de la conscience.

Les idées obsédantes sont : les unes non-émotives, les autres émotives. Quand il s'agit des premières, le *moi* se trouve obligé de se concentrer sur une idée bizarre, tout à fait en désaccord avec le reste de ses pensées, que dis-je, formant un contraste brutal avec elles (SCHUELE) ; ce sera : une épithète injurieuse, un blasphème, une idée stupide, une impulsion à commettre un acte compromettant. C'est ce que l'on observe chez les héréditaires.

L'idée obsédante émotive procède d'un état nerveux antérieur dépressif. Exemples : les mélancoliques qui cherchent, pendant la période douloureuse du début de leur affection, sans cesse une explication à leur état ; voici tout à coup qu'ils se souviennent d'un événement effrayant, et cette idée émotive va persister, maintenue par leur disposition mélancolique. D'abord surpris, le *moi* n'y attache pas toute sa valeur, mais est obligé de ruminer constamment cette idée jusqu'à ce qu'elle s'incorpore à lui.

L'idée obsédante tend parfois à un acte épouvantable ; elle pousse une mère au meurtre de son enfant. La conscience reste d'abord étrangère à cette pensée qui éclate comme un coup de tonnerre ; mais le sentiment douloureux, parfois accompagné de sensations névralgiques, qu'elle éveille, la fait triompher du raisonnement et du jugement, et le calme n'apparait qu'une fois que l'impulsion a été exécutée.

Est-il bien utile à présent d'insister sur les différences frappantes qui existent entre l'obsession et l'idée fixe? Le sujet en est très varié, la forme, multiple; rumination de problèmes philosophiques, de mots, de questions métaphysiques, insignifiants au point de vue de la conduite de l'obsédé, ou d'actes qui, en devenant incoercibles, peuvent aboutir à des catastrophes sociales, telle en est l'échelle.

Ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est que « le *moi*, dans l'obsession, a toujours connaissance de ce qui se passe en lui, et, ce qui le prouve d'autant mieux, c'est qu'il lutte avec toutes les forces de sa volonté contre le phénomène qui s'impose. Cette préoccupation démontre que cette nouvelle idée qui entre, comme un coin, dans le champ de l'idéation, troublant le cours normal des états de conscience, lui est

étrangère et pénible ; ce qui est le contraire de ce qui se passe pour l'idée fixe avec laquelle, inconsciemment, le malade s'identifie. » (MAGNAN et LEGRAIN.) La pleine conscience de l'état représente le grand caractère de l'obsession. Mais il y a des obsessions normales. En quoi diffèrent-elles des obsessions pathologiques ?

L'*obsession normale*, transitoire, ordinairement facile à réprimer, n'entrave point les centres supérieurs qui ne perdent ni leur contrôle, ni leur influence modératrice, sur les centres psycho-moteurs ; elle n'aboutit point à l'impulsion (MAGNAN).

L'*obsession pathologique*, elle, n'est point un incident passager et sans importance de la vie ordinaire ; elle ne se contente point du rôle de phénomène isolé dans le sein des états psychopathiques, elle finit par se répéter et par être persistante. Cette répétition et cette persistance tendent à interrompre le cours régulier de la vie ; c'est un acte définitivement psychopathique, revenant par paroxysmes avec une intensité croissante, qui devient irrésistible.

Plus elle revêt ce caractère, plus le malade lutte en protestant contre le sujet de ces problèmes, de ces idées qui l'assiègent et qu'il déclare absurdes, plus ses efforts sont vains, plus il ressent douloureusement l'impuissance de sa volonté. Chaque lutte nouvelle le plonge dans une *angoisse progressive* ; sa souffrance morale, extrême au prorata de la vigueur du paroxysme, retentit bientôt sur la sphère physique et provoque les phénomènes de l'angoisse matérielle : palpitations de cœur, accélération du pouls, douleurs précordiales, et autres sensations pénibles.

Retour incessant des accès d'obsession, — résistance inutile du malade, — irrésistibilité du phénomène, — conscience très nette de la manifestation morbide qui s'impose, — lutte énergique du patient dans le but de s'en affranchir, — torture morale de l'idée de son impuissance, — retentissement physique de l'état réactionnel, — soulagement consécutif à la satisfaction donnée aux centres surexcités, — voilà les signes de l'obsession dont l'état lucide de la conscience est à lui seul pathognomonique.

Conception s'insinuant dans l'auto-conscience intacte, sans que le malade en ait conscience, par suite de l'affaiblissement du jugement, et dominant toutes les pensées, — absence

de lutte et de rébellion contre l'idée nettement conçue, qui, loin de paraître étrangère et pénible, est assimilée comme vraie, s'identifie avec le malade complètement, celui-ci se l'assimilant au point qu'elle devient la raison première (LEITMOTIV) de tous ses actes, — voilà les signes de l'idée fixe.

Le mode d'origine psychique de l'idée fixe est clair; on peut remonter à sa genèse conforme à la marche de l'association des idées et suivre l'enchaînement des idées délirantes. L'obsession surgit confusément dans le domaine de l'inconscient, n'est point conforme à la manière de voir, de sentir, de concevoir habituelle ; elle y est même souvent opposée : loin de satisfaire le malade, elle lui cause d'abord de la surprise, puis une pénible et inquiétante oppression.

PITRES et RÉGIS [1] croient que l'élément émotif domine l'obsession, tandis que l'élément intellectuel dominerait l'idée fixe bien que, à en juger par la conduite des malades, la sphère affective soit réellement prise dans les deux espèces morbides. Seulement dans l'idée fixe, l'affectivité impressionne le malade dans le sens d'une réaction agie en rapport avec le sens de l'idée; il se soumet à cette idée et veut agir comme le lui commande sa pensée dont il ne critique aucunement le texte cependant faux (*inhaltlich falsche*). Dans l'obsession, l'affectivité impressionne le malade dans le sens d'une réaction contre le texte justement de l'idée qui lui est soumise, et dont il critique la valeur grâce à l'intégrité de son jugement conservé.

D. EVOLUTION DE L'IDÉE FIXE. — Quelle influence l'idée fixe exerce-t-elle sur les autres domaines de l'intelligence?

a) *Sphère psychomotrice.* — L'idée fixe pathologique est considérée par le malade comme une idée réelle. Il est naturel qu'il y conforme ses actes. Il s'y conforme cependant dans une certaine mesure. Cette mesure dépend-elle de son caractère antérieur et de son tempérament primordial ? S'y substitue-t-il, de par l'idée fixe, un tempérament et un caractère qui n'étaient pas ceux du malade? Y a-t-il des variantes ? On ne sait au juste. On pourrait citer des exemples en faveur de la première manière de voir; on pourrait citer des

[1] Congrès de Moscou, 1897.

exemples en faveur de la seconde. Il est patent qu'il y a des malades qui s'adonnent plus ou moins à la mise en acte des conséquences de l'idée fixe.

b) *Sphère psychique.* — La conception des idées fixes porte toujours sur l'ensemble des manières de voir et des croyances intimes du sujet. Elle modifie certainement profondément les connaissances antérieures, concrètes ou abstraites, qui étaient le produit des données de l'expérience. De là des déterminations erronées, de là la folie intellectuelle, le délire. Une foule de pensées délirantes suivent ces modifications, et, par leur intermédiaire, s'organise une conception délirante, puis un délire qui transforme radicalement la personnalité : le *Moi* sent, pense et veut d'une façon toute différente.

C'est alors le *système délirant*. Tout ce que fait le malade a pour mobile son délire. Il dépense une activité souvent prodigieuse pour affermir, parachever, asseoir, travailler ses conceptions fausses. L'idée fixe laissait encore quelque répit à l'idéation et à la volonté, relativement aux pensées et aux actes qui n'avaient avec elle qu'un rapport éloigné. Le délire systématisé absorbe l'être entier.

La stabilité du tableau pathologique qui, par suite de son immobilité, mérite le nom d'idée fixe, et qui, en raison de sa séparation, de sa circonscription relative, avait inspiré aux savants les noms de délire partiel, de délire circonscrit, d'auto-psychose circonscrite, n'appartient, en fait, généralement qu'à un stade passager, puisque, dans la plupart des cas, il s'y ajoute des conceptions délirantes d'explication capables de prendre une extension progressive. Par suite de corrections subsidiaires du contenu de la conscience, de falsifications des souvenirs qui, sous diverses formes, produisent, de compte à demi avec l'idée fixe, une construction délirante solidement charpentée, est enfanté un texte délirant compliqué qui ne correspond plus à la cause originelle relativement simple et insignifiante, voilée par le délire. C'est pourquoi dans les cas anciens, on arrive à débrouiller le délire sans pouvoir dépasser le champ des hypothèses quant à l'idée prévalente qui en a constitué la pierre de base ; on en est également réduit aux suppositions quant à l'événement qui a pu la provoquer. En cet état pas de guérison possible.

Cet avis est aussi celui de WERNICKE. Il affirme la possibilité de la guérison d'une psychose qui s'en tiendrait à l'idée prévalente ; il l'aurait obtenue en provoquant des conceptions opposées correctrices puissantes, et il en cite deux exemples chez des aliénés processifs. Ainsi, il leur aurait fait honte de leur situation de malades, de fous, et les aurait menacés de la nécessité de leur mise en tutelle, leur recommandant après leur sortie de l'asile, d'éviter toute excitation passionnelle.

Ce serait, du reste, d'après l'auteur allemand, le propre des dégénérés, d'être hantés par des symptômes d'aliénation mentale isolés, comme les idées prévalentes, ou peu intenses. Ils sont sur les confins de la folie. Ce n'est pas à dire que des individus non dégénérés ne puissent être affectés d'auto-psychoses circonscrites, à moins que « l'on ne s'obstine à regarder précisément cette forme mentale comme une preuve de dégénérescence. »

Pour L.-A. KOCH, c'est quand les idées prédominantes n'ont pas le caractère d'idées systématisées vraies, c'est quand, malgré l'autophilie indéniable du sujet, elles ne se soudent point en un système délirant bien coordonné, qu'elles indiquent une tare psychopathique congéniale (dégénérescence vraie) ou acquise (de par l'alcool, par exemple). Ainsi en est-il de celui qui vient raconter que sa femme est devenue infidèle; de celui qui s'imagine avoir pour femme ou pour fiancée, une personne qui en réalité lui est étrangère ou qu'il connait à peine, accusant, en sus, quelqu'un de la vouloir débaucher ; du poète en imagination, qui vous récite une poésie de Uhland comme étant de lui. Certains types morbides ressemblent aux psychoses circonscrites, mais ils n'en ont point la systématisation vraie ; il convient de les ranger simplement à côté des délires systématisés. M. KOCH divise à cet égard les délires des persécutés persécuteurs processifs en trois catégories : 1° ceux dont le psuké est préalablement intact; 2° ceux qui sont des dégénérés ayant subi la déchéance psychopathique ; 3° les psychotiques à délire circonscrit.

Nous ne pouvons entrer, sous peine de redites, dans l'analyse et l'étude critique des diverses opinions correspondantes. Le moment est venu de classer ce qui nous parait topique avec le plus d'impartialité possible.

E. Documents cliniques. — Les preuves de l'étude précédente sont assez délicates à fournir, bien qu'on puisse les trouver. Il faut pour cela avoir la chance d'observer l'idée fixe à sa première période. Une fois, en effet, que les maladies mentales ont évolué pendant quelque temps, le mélange de symptômes de toutes sortes ne permet plus d'en concevoir, ni d'en démontrer l'enchaînement, la subordinaiion. Nous avons observé l'idée fixe ou recueillie des observations péremptoires d'idée fixe dans les états suivants :

1° *Idée fixe greffée sur la débilité et l'épuisement physiques.*

a) *Neurasthénie.* — Toute apathie intellectuelle en rapport avec une défaillance cérébrale fonctionnelle, durable ou temporaire, peut produire de la somniation, de la stupeur, des obsessions, des impulsions, des idées fixes, et aussi du délire. Ces troubles, transitoires, disparaissent quand il n'existe aucune autre cause de perturbation mentale, avec l'épuisement du cerveau qui en a permis le développement.

Si c'est une idée fixe, elle sera mobile, et s'évanouira assez rapidement. On pourra enregistrer une idée fixe hypochondriaque quelquefois nettement délirante.

Tel est le cas tiré de Krafft Ebing [1] et reproduit par Laurent dans sa thèse (p. 58).

Observation I. — *Idée fixe dans la neurasthénie. Guérison.*

M. H...., inspecteur de gare, quarante et un ans, marié, est amené à la clinique de Gratz, le 14 août 1882 ; il se croyait le chef de gare, et se comportait en conséquence.

Le malade se démène, confus et irrité, il demande à être amené devant ses supérieurs, puisqu'il est chef de gare. Sa place n'est pas ici. Il ignore qu'il se trouve dans un hôpital, se sent tout à fait bien portant et est irrité, à juste titre, que l'ancien chef ne veuille pas lui transmettre ses fonctions de service.

Le malade a le crâne normal, il n'a pas de fièvre ; il est visiblement épuisé, peut à peine se tenir sur ses jambes. Pouls petit, fréquent et facile à déprimer. Tremblement des mains. Bientôt le malade s'endort, fait un somme prolongé ; le 15, il est orienté, mimiquement assez dégagé, mais il se croit toujours chef de gare et prétend avoir trouvé le décret de nomination à ce poste, il y a quelques jours, dans son armoire, chez lui. Il n'a pas réfléchi

[1] *Traité de psychiatrie.* Édition française, page 536.

longuement sur la question de savoir comment ce décret était parvenu dans son armoire et pourquoi on ne le lui avait pas remis par la voie officielle réglementaire.

Comme il était dit qu'il devait prendre immédiatement son nouveau service, il s'est rendu, dans ce but, au bureau; mais l'ancien chef de gare, qui, de tout temps, lui fut hostile, l'avait accueilli grossièrement et n'avait pas voulu lui transmettre son service. Il est parti, s'est plaint chez des gens de sa connaissance, est revenu vers l'ancien chef, mais celui-ci n'a pas voulu céder. Froissé, irrité et perplexe, il est rentré chez lui et a tout raconté à sa femme. Celle-ci l'a déclaré fou. Ensuite, le médecin est venu et a essayé de le calmer. De ce qui s'est passé à partir de ce moment, il n'a qu'un souvenir sommaire. Il sait qu'il a passé la nuit du 13 sans sommeil, contrarié et craignant de nouvelles vexations du chef; il se sentait tout à fait malade par agitation et humiliation, n'avait le cœur ni à manger ni à boire.

Le 14, on l'a amené à Gratz, où tout lui parait étrange.

Le 15, le malade est tranquille, mais toujours avec son idée fixe. Il motive sa prétendue promotion par le fait que le Conseil de direction des chemins de fer veut lui offrir une compensation pour les mauvais traitements et la mauvaise situation matérielle qu'il a dû supporter dans le passé; car, depuis deux ans et demi, il est très surmené dans son service; il a une nombreuse famille et n'a qu'un petit salaire, des dettes, des soucis pour vivre, et, par dessus le marché, un chef qui lui fait des misères et des collègues qui lui en veulent. Depuis quelque temps, il est devenu las, épuisé, irritable, oublieux jusqu'à perdre toute notion momentanément. Pour comble, il avait encore cette préoccupation que dans cet état il ferait des bévues et s'attirerait des amendes. Ces derniers temps, il était particulièrement fatigué et épuisé et avait souvent à peine le temps de prendre ses repas et de dormir, de plus, le sommeil n'était plus réparateur.

Le 16, après avoir passé une bonne nuit, après un sommeil réparateur, le malade demande, d'un air embarrassé, à rentrer chez lui. Il voudrait savoir si l'histoire de sa nomination est exacte. Il commence à rectifier ses idées. L'après-midi, il annonce, plein de joie, que son *idée fixe* s'est éloignée. Dans la nuit du 12, il avait rêvé qu'il était devenu chef de gare et que le décret de cette nomination se trouvait dans son armoire. Le matin, il s'était alors levé plein d'émotion joyeuse et ne s'était pas donné la peine de s'assurer si le fait était exact ou non. (Incapacité d'un cerveau épuisé à rectifier des événements arrivés en songe.)

Les paroles bienveillantes des médecins, ainsi que leurs observations, l'ont mis en éveil et ont provoqué sa critique. Le malade nie avoir une prédisposition héréditaire, avoir eu autrefois des maladies; il affirme formellement ne s'être jamais alcoolisé. Il est

visiblement épuisé, a beaucoup de mal à rassembler ses idées et à les exprimer. Grâce à de bons soins et à un bon sommeil, il se remet rapidement et peut quitter la clinique, le 20 août guéri, sauf quelques malaises neurasthéniques.

b) *Maladies générales.* — C'est encore le mécanisme de l'épuisement du système nerveux.

Voici une observation de délire de persécutés persécuteurs; cette observation est empruntée à M. SELLE [1] ; il la considère comme un exemple de dégénérescence acquise.

OBSERVATION II. — *Idée fixe chez un homme affaibli matériellement. Revendications contre l'Etat.*

Homme de cinquante-huit ans. A fait les campagnes de 64, 66, 67, 70 et 71. En 1865, il a eu une fièvre typhoïde grave. En 1870, il a eu un rhumatisme aigu, qui a duré quatorze jours. Depuis cette dernière campagne, il éprouve des douleurs dans les bras et les jambes. Incapable, dit-il, d'exercer son métier de potier, il demande l'assistance comme invalide. Plusieurs médecins l'ont examiné et déclaré non fondé dans ses demandes. Il assiège continuellement les autorités de ses requêtes. Il est condamné 5 fois pour avoir pénétré au ministère de la guerre de Berlin, et y avoir fait du scandale. Il finit par croire qu'il est contreminé dans ses projets par des ennemis et profère des injures contre la majesté impériale, ce qui le fait amener à l'asile. A l'établissement il travaille assidûment, mais sans abandonner la *légitimité de ses réclamations*. Il ajoute que si Sa Majesté ne tient pas compte des injures qu'il avait proférées contre elle dans les écrits qu'il lui a adressés, il collera ses factums à tous les coins de rues.

Nous croyons qu'il est rationnel d'en rapprocher une *observation personnelle* en rapport avec la *migraine ophthalmique* Cette observation montre jusqu'à un certain point les relations qui peuvent exister entre l'idée fixe, les groupes d'idées fixes, les idées fixes obsédantes. Elle semble un lien entre la faiblesse irritable et l'excitation cérébrale spéciale que M. WERNICKE accuse de la disjonction du contenu de la conscience, de l'ordre préétabli des associations d'idées. L'idée fixe peut en effet se rencontrer dans certaines névralgies particulièrement dans la migraine ophthalmique.

Loco citato. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, LI, 1.)

Observation III. — *Idée fixe dans la migraine ophtalmique.* (*Personnelle.*)

H.... quarante ans, ingénieur, est atteint depuis l'âge de treize ans, d'une migraine ophtalmique ainsi caractérisée : l'accès débute toujours par une diminution de l'acuité visuelle soudaine, analogue à celle que cause la contemplation d'un objet brillant ou des rayons solaires. Cette amblyopie, accompagnée d'éblouissements, légère, s'accuse, suivant l'accès, davantage d'un côté ou de l'autre. Elle n'empêche pas le malade de distinguer un ensemble, mais elle nuit à la perception des détails, sur lesquels, au début de l'accès, il semble que le sujet, qui en a parfaitement conscience, soit obligé de diriger chacun des points de la rétine, et encore se rend-il bien compte que dans son champ visuel il y a des lacunes, des points noirs : *puncta cæca.* Ce phénomène, toujours plus marqué de l'œil droit ou de l'œil gauche, ne tarde pas à aboutir à une hémiopie caractéristique verticale. Supposons que l'amblyopie brusque affecte l'œil gauche, elle gagne d'abord l'œil droit, puis, l'hémiopie, portant sur l'ensemble du champ visuel bilatéral vertical, se classe comme il est habituel pour une hémianopsie homonyme qui aurait son origine dans l'hémisphère gauche du cerveau. Cette hémiopie s'accompagne de scotome scintillant bilatéral, mais prédominant dans l'œil gauche par lequel ont commencé les accidents. Dans certains cas, l'accès s'arrête là. Mais il est fréquent aussi de le voir se développer comme suit :

Il se produit de l'excitation intellectuelle caractérisée par une profusion d'idées, d'ailleurs bien ordonnées, qui, pour cette raison, ne rappellent en rien l'excitation maniaque. Chacune de ces idées, normales du reste, s'accompagne de l'*afflux obsédant* et gênant de conceptions relatives à un groupe de pensées similaires. Ces conceptions constituent un vrai malaise mental, car elles s'accompagnent d'un retentissement psychique : elles incitent le champ de la conscience où elles se répercutent comme s'il y avait une espèce d'écho cérébral, en vertu duquel il semble qu'elles soient réfléchies dans le moi où elles provoquent des réflexions critiques, correspondant à chacune d'elles, de la part du patient, forcé, malgré lui, d'établir une sorte de contrôle mental sur chaque phrase qui se présente à son esprit, de la soupeser et de conclure par oui ou par non sur les caractères des pensées qui lui viennent.

C'est de la *cogitation* à double ou triple effet simultané à laquelle il n'y a d'autre remède que le sommeil, les yeux bien clos, dans un milieu sombre et calme; une sorte de rumination sur plusieurs thèmes, dont l'un, ainsi qu'on le verra plus loin, est emprunté à l'évolution de la maladie même dont M. H... est atteint.

Cette excitation spéciale s'accompagne bientôt, à son tour, de légers troubles de la sensibilité dans les membres du côté droit (noter que l'amblyopie dans l'accès envisagé a débuté par l'œil gauche). C'est une anesthésie comparable à celle que l'on éprouve à la suite d'une compression, avec mêmes frémissements. Ces troubles montent à la moitié droite de la face. La motilité est en même temps touchée, bien que le malade réalise les mouvements de translation, dans des conditions telles que personne ne peut s'apercevoir qu'il est légèrement hémiplégique à droite, de bas en haut.

A ce moment apparaissent des *accidents aphasiques* comprenant à la fois de l'aphasie motrice (rappelons encore que l'accès a débuté par l'œil gauche), de la cécité verbale et de l'agraphie. M. H..., qui est très instruit, a longuement analysé ses crises, et comme, pendant leur évolution, il jouit très nettement de ses facultés, il connaît par là même la formule de ces perturbations.

Tout se dissipe environ au bout d'une heure : les images mentales des mots et des lettres reviennent. Pour s'en assurer, M. H... prononce mentalement des phrases, et c'est ainsi qu'il s'aperçoit de la netteté de sa vision mentale, de ses obscurités ou de ses oscillations en mieux ou en pis. C'est précisément parce qu'il est éclairé par une expérience déjà longue des allures des différentes scènes des accès de migraine et de celles de leurs variétés, qu'au début d'un accès, quand il éprouve l'excitation intellectuelle dont nous avons parlé, il est également obsédé par le besoin de savoir où en est sa vision mentale, de sorte qu'à la rumination psychique dépendante de l'écho psychique vu plus haut, se joint l'analyse personnelle du degré des images que suscitent les phrases en question.

Quand la migraine ophtalmique débute par l'œil droit, l'hémiopie est inverse, plus accusée à droite, tout en conservant les mêmes caractères. Il se produit ensuite de l'hémianesthésie et de l'hémiplégie légères du côté gauche, mais il n'y a ni aphasie, ni cécité verbale, ni agraphie. L'excitation intellectuelle est nulle ou à peine marquée.

L'intelligence et la vigueur physique de M. H... n'ont aucunement diminué. Depuis son jeune âge jusqu'à ce jour, il a suffi aux exigences de sa carrière; il a écrit, il a produit les travaux nécessités par les diverses études qu'il lui a fallu faire, et il a fourni des travaux d'homme fait. Il apprend encore facilement et s'assimile remarquablement, même les connaissances étrangères à sa profession.

M. H... ajoute que, depuis quelques années, il tend à avoir un bien moins grand nombre d'accès de migraine ophtalmique qu'ils sont surtout *abortifs*, et se rapprochent de plus en plus du scotome scintillant exclusif, ne se répercutant point sur le corps

ou le cerveau, quelque soit le début de l'hémiopie, droit ou gauche.

Même quand l'hémiopie apparaît par l'œil gauche, il est bien plus rare à présent que l'aphasie et ses variétés se mettent de la partie; c'est tout au plus, si, à la phase d'acmé de l'hémiopie et du scotome scintillant il se montre un peu d'affaiblissement des images mentales. Quant à l'*hyperidéation obsessive*, dont nous avons parlé, il y a bien des années qu'elle ne s'est produite.

Aucune tare organique. Impossible de rien savoir sur l'hérédité. Il ne paraît y avoir ni tumeur cérébrale (intégrité du fond de l'œil), ni paralysie générale, ni syphilis, ni épilepsie. Aucun des symptômes prémonitoires des premières affections n'a, du reste, été relevé. Les traitements les plus divers, y compris le traitement antisyphilitique, ont été institués sans amener de modification notable. Le temps seul a transformé, atténué les accès aujourd'hui courts et n'exigeant plus le sommeil.

Ce qui en revanche paraît évident, c'est que le lendemain du jour où M. H... a séjourné dans un endroit chaud, en nombreuse société, où surtout, dans ces conditions, il a fumé outre mesure, sans avoir pris soin, en rentrant chez lui, de dormir la fenêtre ouverte, souvent il a eu le matin en s'éveillant, ou dans la journée, un accès de migraine ophthalmique. Il faut encore remarquer que les prodromes de l'accès se montrent quelquefois la nuit, éveillent le patient et lui font s'apercevoir, à la lueur de la bougie, de son hémiopie; il se recouche, dort, et le lendemain tout a disparu.

Enfin, quoique l'accès de migraine soit suivi d'une certaine fatigue cérébrale, le travail consécutif est néanmoins possible et efficace; il existe simplement un endolorissement céphalique correspondant à l'hémisphère cérébral originaire des troubles. Cette céphalée est comparable à une douleur obtuse qui s'exaspère par l'ébranlement de la toux qui frappe comme d'un choc violent l'intérieur du crâne, le front, le temporal à droite et à gauche. Cette céphalée se montre aussi parfois alors qu'il n'y a pas eu d'accès; elle est alors considérée par le malade comme le reliquat d'un accès nocturne discret.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MENTALE.

MYSTICISME ET FOLIE [1];

Par le Dr A. MARIE,
Médecin en chef de la Colonie de Dun.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES ET MÉDICO-LÉGALES.

Il faut arriver au XVIIIe siècle, pour voir les épidémies de délires religieux à forme dépressive, faire définitivement place à celles à forme théomaniaque. Antérieurement, on rencontre bien dans l'histoire des cas d'illuminisme, mais ils sont isolés et assimilés à la possession, par les lois civiles et religieuses contemporaines. Jeanne d'Arc en est un bel exemple. Elle devançait son temps de trois siècles.

Au sortir des ténèbres du moyen âge, lorsque le Christianisme triomphant des anciennes superstitions polythéiques du paganisme, donne naissance à des religions nouvelles schismatiques, la conception monothéique prévaut définitivement. Nous trouvons le reflet de cette évolution mentale, normale, dans les conceptions pathologiques des délirants.

Plus d'épidémie de lycanthropie, les anxieux, jouets des esprits inférieurs, c'est-à-dire reflétant les vieilles superstitions de l'idolâtrie grossière primitive sont clairsemés et isolés. Si l'on rencontre encore des démonopathes endémiques, ce sont plutôt des obsédés que des possédés. La foi désormais établie au Dieu sauveur tout-puissant, semble préserver la personnalité des attaques du démon. Les individualités ne sont plus entamées que tardivement et c'est Dieu lui-même ou ses représentants qui viendront hanter les aliénés. Au lieu des blasphémateurs qu'on livrait en masse au bûcher d'autrefois, c'est une armée de prophètes qui se lève et il n'est pas toujours facile de distinguer les écrits des vulgaires théo-

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 40, t. VII, 1899, p. 257.

manes de ceux des prophètes écoutés comme Jean Huss, Luther ou Calvin.

On l'a dit, c'est un siècle de foi et d'exaltation religieuse que celui où se produisent ces schismes tendant à ramener la religion à sa pureté primitive. Les aliénés y seront des mystiques convaincus de la présence de Dieu jusqu'en eux-mêmes.

A une phase intermédiaire de l'évolution se produisirent ces épidémies d'envoûtement, de vampirisme, qui dénotent déjà une plus grande résistance psychique, tandis que les anciens zoanthropes et ensorcelés objectivaient la source de leurs souffrances en deçà de leur personnalité physique (inclusion d'animaux), ceux qui accusent les goules ou les vampires objectivent dans le monde extérieur, des entités imaginaires; leurs personnalités physiques et morales sont attaquées, mais résistent. L'évolution historique, on le voit, est conforme à la gradation des faits cliniques. Cette évolution, hâtons-nous de le dire, n'est pas spéciale au pays, à la race ni à l'ère actuelle. On la retrouve dans l'histoire du développement de tous les groupements humains sous toutes les latitudes, à toutes les époques[1].

« *Primus in orbe deos fecit timor*..... » dit Petrone. En effet, l'homme divinisa d'abord l'objet de ses terreurs, et le culte naquit de la peur; l'homme apprit à craindre ses dieux, avant de les adorer.

Les cérémonies primitives ont toutes pour but d'apaiser une divinité toujours courroucée; il faut des victimes, des sacrifices, et pour épargner sa vie, l'homme immole celle des animaux ou même de ses semblables.

Les dieux sont d'abord les eaux, les nuages, les roches dont les cataclysmes naturels mettent en danger l'humanité naissante; c'est le culte naturaliste. Puis les animaux féroces, tapis dans l'ombre des forêts, prennent sur l'autel du temple la place du caillou primitif[2].

Enfin, le symbole est dégagé de l'idole; ce n'est plus l'animal même qu'on adore, mais la force qu'il représente, la ruse, le courage, etc.

[1] J. Vinson. *Les religions*. Delahaye, Paris, 1888.

[2] Les Tarasques, les bêtes du Gévaudan, sont remplacées ailleurs par d'autres êtres; actuellement encore au Japon, les renards jouent le même rôle que nos loups garous, et l'on peut observer des folies avec dissociation de la personnalité et véritable possession par les renards (Kitsuma-tsuki). — V. AMP., s. 7, t. XV, p. 424. Dr Baret.

La période naturaliste prend fin, l'homme a pu abstraire et dégager la propriété essentielle de sa figuration matérielle. Le zoomorphisme n'est plus que symbolique, c'est le mode d'expression d'une conception plus élevée, c'est un langage religieux. Enfin les dieux s'humanisent (autant au sens littéral que figuré); les idoles ont encore des têtes d'animaux exprimant telle qualité de la divinité, mais le corps est celui de l'homme ou inversement (Egypte, Assyrie, etc.).

L'anthropomorphisme pur s'établit peu à peu; c'est alors le panthéon grec avec ses mythes multiples. Le polythéisme a succédé au fétichisme primitif, la phase théologique commence. Mais la conception en est encore imparfaite; les dieux capricieux ne sont pas toujours propices à l'homme. Aussi les peuples adoptent-ils de préférence telle divinité comme plus favorable aux gens de l'endroit; c'est un acheminement vers le monothéisme, mais auparavant se constitue la croyance à deux principes opposés, le mal et le bien en lutte (Manichéens, Albigeois, etc.). Ce dualisme fait enfin place au monothéisme vrai, à la croyance en un seul Dieu tout-puissant ami de l'homme.

Les spéculations philosophiques se dégageant de la théosophie mystique repoussent finalement la révélation et croient pouvoir établir seules l'existence d'un être suprême, c'est un pas de plus en avant, c'est la phase métaphysique qui prépare l'étape dernière scientifique et positive.

Si l'on compare aux différents stades de l'évolution précitée les cas pathologiques que nous fournissent l'histoire et la clinique, on verra qu'ils viennent à l'appui de la théorie générale et se rattachent à l'une des phases théologique, polythéique ou fétichique.

« Les aliénés, dit Semerie [1], renversent le principe de la transformation des hypothèses positives; méconnaissant ce principe de philosophie première, ils tendent à former des hypothèses toujours moins simples et moins exactes que

[1] Les hypothèses métaphysiques, dit de même Cotard, consistent à faire intervenir une cause indépendante des organes, existant tantôt en dehors de l'homme (action divine ou démoniaque), tantôt dans l'homme supposé double (corps et âme) ou triple (corps, principe vital et âme pensante). La première de ces hypothèses n'appartient plus qu'à l'histoire. Elle a disparu avec les derniers bûchers, mais on l'entend encore exprimer par des aliénés qui expliquent ainsi les tourments et les hallucinations qui les obsèdent. (Cottard. *De la folie*, p. 243.)

celles qu'ils repoussent ; fermant les yeux à l'évidence et dédaignant les opinions courantes, ils font eux-mêmes leur théorie ; mais ils n'inventent rien, et, croyant s'affranchir, ils ne font que restaurer des idées abandonnées.

L'analyse de cet état mental se ramène à un excès de subjectivité ; il s'ensuit que l'aliéné, en revenant à des hypothèses trop subjectives, ne fait que parcourir à l'inverse les différents stades de l'évolution mentale normale ; il passe ainsi de l'état positif à l'état abstrait et de là à l'état fictif. Il est en effet curieux de retrouver les hypothèses des aliénés dans les théories abandonnées qui eurent cours en science et en religions. La théorie du physiologiste V. Helmont sur l'archée épigastrique et la localisation de l'âme dans le diaphragme n'est-elle pas celle de nos hallucinés à voix épigastrique [1] ?

Les explications adoptées par les hallucinés pour rendre compte des phénomènes qu'ils étaient quelquefois les premiers à constater sur eux-mêmes, ont pu varier suivant les époques et les temps. Tant qu'on a cru que les dieux avaient le pouvoir de descendre sur la terre, Jupiter, Mercure, Apollon, Diane, Vénus apparaissaient très souvent aux aliénés ; les personnes du sexe croyaient s'unir alors à des satyres, au dieu Pan, à des dieux métamorphosés en serpents, en cygnes, en taureaux.

A une époque plus rapprochée de nous, les anges et les démons ont pris la place des dieux dans les conceptions déraisonnables de l'homme et la singularité du délire des cloîtres, du délire de la sorcellerie prouve que l'imagination des poètes, si on la compare à celle des monomaniaques, est bien loin de tenir le premier rang pour la fécondité et la puissance de l'invention [2].

Malgré cette diversité apparente, on peut ramener à deux groupes les déités mises en cause selon que ce sont des esprits malfaisants ou bienveillants, dieux ou diables. Or en somme, l'évolution de l'idée diabolique, dit Ch. Richet, depuis le XVIIe siècle, peut se résumer en un mot. Le diable a été vaincu. Il n'y a plus de possession par les mauvais anges. Mais il reste encore la possession par les bons anges.

[1] *Des symptômes intellectuels de la folie*, P. Delahaye, 1867.
Calmeil. *De la folie* (théories), t. II, p. 115.

Ce qui au XVIIe siècle, aurait fait brûler, aujourd'hui sanctifie. Marie Alacoque, Marie Moerl de Kaltern, Louise Lateau, si elles avaient vécu du temps de Bodin, auraient été exorcisées, peut-être brûlées. Mais les temps sont changés; on en a fait des saintes, on ne les a ni exorcisées ni brûlées.

Saintes ou possédées, peu importe. Nous savons qu'elles sont tout simplement des malades[1].

Les convulsionnaires de Saint-Médard, les Ursulines de Loudun étaient animées par des esprits étrangers, mais tandis que pour celles-ci c'étaient des esprits mauvais, pour les autres, c'était l'esprit de Dieu.

Il n'était pas sans intérêt de savoir laquelle des deux grandes divisions du christianisme, qui se partagent le monde civilisé, du catholicisme ou du protestantisme, prédispose le plus à ce genre d'aliénation mentale. D'après ELLIS, il y aurait parmi les catholiques moins d'aliénés par suite de préoccupations religieuses. Et en effet le catholicisme n'admet pas de discussions : il est donné aux croyants qui l'acceptent sans examen et sans que l'esprit ait à se préoccuper de sujets souvent abstraits, douteux ou insaisissables. En Angleterre et en Amérique et dans toutes les contrées protestantes, les dogmes religieux sont un sujet de libre examen et de discussions incessantes; les sectes se multiplient, la liberté de la controverse excite les passions et entraîne toutes les forces de l'esprit dans une voie souvent périlleuse.

Il est à remarquer, dit d'autre part Ball (599), que l'idée de la perdition sans autre complication et sans trouble sensoriel est incontestablement plus fréquente chez les protestants que chez les catholiques. Et d'abord la doctrine de la prédestination interprétée dans toute sa rigueur est faite selon les théologiens pour tranquilliser l'esprit, mais c'est à la condition de l'interpréter dans un sens favorable. Lorsque au contraire on vient à l'interpréter en sens inverse, ce qui est arrivé à plus d'un mystique, il en résulte une idée fixe qui conduit presque infailliblement à l'aliénation mentale. Je ne prétends point d'ailleurs qu'il s'agisse ici d'un rapport de cause à effet. Il faut sans doute avoir l'esprit déjà malade pour s'abandonner à des terreurs de cette espèce, mais enfin, pour les prédisposés la pierre d'achoppement est toujours là.

[1] Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*, p. 550, 553.

Il faut y joindre une crainte qui surtout aux époques de ferveur religieuse a poursuivi bon nombre de protestants, la crainte d'avoir commis le péché irrémissible.

D'après Marcé, le culte dans lequel a été élevé ou que professe le sujet aurait une grande influence sur la forme du délire ; voici comment s'exprime cet auteur : « Le délire, dit-il, fanatique ou religieux du catholique et celui du protestant, comme aussi des sectes qui se rattachent au protestantisme n'offrent pas, dans la règle, le même caractère. Chez le premier, il y a ordinairement crainte de manquer son salut, syndérèse, appréhension de punitions célestes, terreur, désespoir; chez l'autre, mysticisme, prétention de comprendre et d'expliquer la partie symbolique de l'Ecriture Sainte, orgueil, exaltation prophétique. En un mot, le catholique devient fou parce qu'il se croit damné, le protestant parce qu'il se croit prophète; l'un se regarde comme réprouvé, l'autre comme envoyé du ciel. » D'après Marc, les mégalomanes religieux se rencontreront donc surtout parmi les protestants et les mélancoliques religieux, au contraire, parmi les catholiques. Il serait intéressant d'instituer sur ce point une vaste enquête dans les asiles de France et de l'étranger.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, la science manque de documents positifs pour la solution de cette question : un seul fait d'observation pratique doit être regardé comme acquis, c'est que, chez les protestants, les préoccupations religieuses portent en général sur des questions de controverse théologique, tandis que, chez les catholiques, la crainte d'une confession incomplète, le remords d'une mauvaise communion et des scrupules de conscience sont les idées qui prédominent au milieu du délire religieux [1].

Il en résulte que la mélancolie religieuse est plus fréquente chez les seconds, la théomanie chez les premiers.

Or nous voyons dans l'histoire apparaître les théomanes avec le grand schisme de la réforme, alors qu'auparavant régnaient presque exclusivement les épidémies de possession.

Comme Calmeil le remarque à la fin de son étude philosophique, de nouvelles erreurs menacent encore la pathologie encéphalique et mentale; or c'est du magnétisme et du spiritisme que dérivent à nouveau ces épidémies de disso-

[1] Marcé. *Médecine mentale*, p. 100 et 101.

ciation de la personnalité dont l'Amérique protestante a donné les premiers et récents exemples. Les esprits frappeurs remplacent ici le diable des possessions primitives, mais le mécanisme de la psychose est le même ainsi que sa contagion rapide aux hystériques. Il est curieux de voir ainsi l'équivalent de la démonopathie ancienne renaître dans des milieux modernes et d'une confession différente.

J'ai vu, il y a quelques années, dit Ball, un homme fort intelligent et d'un esprit cultivé. Il s'était adonné à des invocations surnaturelles après avoir lu certains ouvrages de spiritisme, et il avait fini par évoquer un mauvais esprit; mais semblable à ces enchanteurs maladroits qui, faute de connaître les formules sacramentelles, après avoir fait paraître le diable, ne pouvaient plus se débarrasser de lui, il était resté en tête à tête avec son persécuteur et se croyait lié par un pacte irrévocable, qui le rendait esclave du démon auquel il avait voulu commander[1].

Le déterminisme purement psychologique de la volonté, dit Manouvrier, se trouve limité, contrarié, ou même annihilé par l'autonomie des centres moteurs. Cette autonomie méconnue par les sensualistes est la condition physiologique du sentiment que nous avons de notre liberté intérieure[2].

C'est inversement la condition pathologique des idées délirantes de possession démoniaque ou théomaniaque, aussi bien dans les délires religieux anciens que dans les psychoses spirites des néo-mystiques.

Aussi l'école italienne ne voit-elle dans tous ces phénomènes que des manifestations d'atavisme. Les arabesques compliquées, les figures allégoriques, les gestes et les attitudes cabalistiques, les interprétations fantastiques des faits naturels, les jeux de mots, néologismes et idiomes particuliers qui pullulent dans la paranoïa, en colorent le délire d'une façon si vive et si grotesque, qu'ils nous font absolument revivre dans les phases les plus éloignées de l'évolution historique mentale.

Ils rappellent l'écriture cunéiforme et hiéroglyphique comme expression absolument matérielle et figuration de conceptions abstraites, la conservation des amulettes symbo-

[1] Ball, p. 485.

[2] *Revue philosophique*, 1884, t. XVII.

lisant les âmes des trépassés (première manifestation fétichique), les évocations d'outre-tombe, les mots de l'alchimie du moyen âge et de la magie arabe, les cérémonies hiératiques d'antique date, importés chez nous du mysticisme oriental..... Ces phénomènes se rencontrent chez les paranoïaques et chez les primitifs, ils sont l'expression d'une condition psychologique commune.

L'hylozoïsme des astrologues, la mantique des thaumaturges et des mages, la cartomancie, l'alchimie, la chirognomonie ainsi que la croyance à la mâle-nuit, au chevillage et aux envoûtements se rencontrent dans le délire des aliénés superstitieux actuels. La démonolâtrie même n'est qu'une religion abandonnée; Belzébuth et Belphégor ont eu leurs temples (Baaltzebuth et Baal de Pégor). Ce fétichisme des aliénés est donc pour Tauzi de provenance atavique manifeste comme le symbolisme (Allegorismig) des psychologues allemands. Il semble, dit M. Richet, que l'intelligence de l'homme, toutes les fois que ses fonctions sont perverties, revienne à l'état de nature et ne puisse trouver comme image de terreur et de dégoût que les animaux malfaisants qui excitaient la terreur et le dégoût des premiers âges de l'humanité [1].

Meynert, en 1884, étudiant la genèse de ces sortes de conceptions morbides, les considère comme innées, immanentes chez l'homme normal, à l'état inconscient. Elles apparaissent et passent au premier plan, sous l'action dévastatrice d'une maladie qui inhibe, les fonctions supérieures modératrices et rectificatrices. Ces tendances mystiques, prennent alors l'intensité des fonctions spinales, quand les fonctions corticales sont supprimées.

La superstition existe à l'état d'élément inconscient dans le cerveau normal où elle se trouve en quelque sorte noyée et couverte par le développement complet des facultés intellectuelles qui en effacent toute trace dans la conscience. Vienne une perturbation, l'idée délirante peut acquérir alors l'énergie suffisante pour apparaître et pour l'emporter.

L'affection mentale, « interrompant les associations normales, facilite par là même la production des images mentales anormales qui prennent d'autant plus d'intensité qu'elles

[1] H. et I., 188, 287.

ne peuvent se répandre sur les autres territoires inhibés pour y être contrôlées. En d'autres termes ces tendances mystiques qui restent inconscientes dans le cerveau sain, prendront par le seul fait de l'isolement, l'intensité et la prépondérance que prennent les fonctions spinales quand les fonctions corticales sont suspendues ».

Meynert continuant sa comparaison rapproche le développement de l'idée délirante de la prédominance de certains muscles quand leurs antagonistes sont paralysés.

Il n'y a plus d'arrêt, de transformation, d'une partie des processus associés, mais au contraire libre développement dans le champ de la conscience d'une conception erronée par suite de l'absence de notions correctrices.

Dès lors, ces interprétations délirantes sont la conséquence d'un esprit inné, identique à celui qui a constitué et constitue encore le fond mental de certains peuples, pour qui elles représentent l'expression la plus élevée de la pensée ; elles répondent au besoin d'expliquer la genèse de phénomènes naturels, et donnent une certaine logique aux pratiques superstitieuses de ces intelligences incomplètes.

Par rapport à l'évolution de l'espèce, nous naissons avec une somme d'acquisitions, ou, comme dit Sergi, de stratifications ; que la couche la plus récente et la plus parfaite s'altère, les couches sous-jacentes reparaissent et l'homme ainsi diminué devient absolument l'analogue de son ancêtre, le sauvage, confiant dans son gri-gri protecteur.

On peut ainsi définir ces délires, la réapparition d'une superstition, subconsciente dans le cerveau développé (Meynert). Ceci revient à dire que l'éréthisme psycho-moteur et sensoriel est objectivée lorsque la synthèse mentale incomplète amène l'automatisme involontaire et le défaut de subjectivité.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES.

Les *réactions médico-légales* les plus fréquentes des mystiques sont de deux ordres. Les unes divergentes en quelque sorte, visant leurs semblables, les autres convergentes, les atteignant eux-mêmes. Malheur aux simples mortels, si les visionnaires s'avisent de croire qu'ils sont destinés à laver dans le sang la tache originelle du péché, car on en a vu plu-

sieurs tuer avec joie pour opérer, disaient-ils, la plus glorieuse des résurrections [1].

Un missionnaire, dit Pinel, par ses fougueuses déclamations et l'image effrayante des tourments de l'autre vie, ébranle si fortement l'imagination d'un vigneron crédule, que ce dernier croit être condamné aux brasiers éternels, et qu'il ne peut empêcher sa famille de subir le même sort que par ce que l'on appelle le baptême du sang ou le martyre. Il essaie d'abord de commettre un meurtre sur sa femme, qui ne parvient qu'avec la plus grande peine à s'échapper de ses mains. Bientôt après, son bras forcené se porte sur deux enfants en bas âge, et il a la barbarie de les immoler de sang-froid pour leur procurer la vie éternelle. Il est cité devant les tribunaux, et, pendant l'instruction de son procès, il égorge encore un criminel qui était avec lui dans le cachot, toujours dans la vue de faire un sacrifice expiatoire. Son aliénation étant constatée, on le condamne à être renfermé pour le reste de sa vie, dans les loges de Bicêtre. L'isolement d'une longue détention, toujours propre à exalter l'imagination, l'idée d'avoir échappé à la mort, malgré l'arrêt qu'il suppose avoir été prononcé par les juges, aggravent son délire et lui font dès lors penser qu'il est revêtu de la toute-puissance, ou, suivant ses expressions, qu'il est la quatrième personne de la Trinité; que sa mission spéciale est de sauver le monde par le baptême du sang et que tous les potentats réunis de la terre ne sauraient attenter à sa vie.

Plus de dix ans s'étaient passés dans une étroite réclusion, et les apparences soutenues d'un état calme et tranquille déterminèrent à lui accorder la liberté des entrées dans les cours de l'hôpital.

Quatre nouvelles années d'épreuves semblaient rassurer, lorsqu'on vit tout à coup se reproduire ses idées sanguinaires comme un objet de culte et une veille de Noël, il forme le projet atroce de faire un sacrifice expiatoire, de tout ce qui lui tomberait sous la main.

Il se procure un tranchet de cordonnier, saisit le moment de la ronde du gardien, lui porte par derrière un coup qui heureusement glisse sur les côtes, coupe la gorge à deux aliénés qui étaient à ses côtés et il aurait poursuivi le cours

[1] Calmeil, p. 81.

de ses homicides, si on ne fut promptement parvenu à s'en rendre maître et à arrêter les suites funestes de sa rage effrénée[1].

Un malade que nous avons pu observer, au cours d'une bouffée délirante polymorphe avec idée d'inspiration divine d'emblée et d'obsession démoniaque, a déliré à la suite de tentatives de prosélytisme tendant à lui faire embrasser la religion protestante ; lorsqu'il a été interné, il se mettait en devoir de trancher la tête à sa maîtresse qui cependant délirait avec lui, mais ne se convertissait pas assez vite.

Ces malades se complaisent aux lectures de l'ancien testament; leur imagination est surtout frappée par les passages tragiques et le récit des homicides religieux tels que le meurtre de Jephté ou le sacrifice d'Abraham. C'est ce dernier que renouvelaient fréquemment les anabaptistes illuminés, si l'on en croit Catrou[2].

« Deux frères, à la suite de prédications fanatiques, sont pris de *théomanie*. L'un des deux explique à l'autre qu'il a entendu la voix de Dieu et qu'il a reçu l'ordre de renouveler sur lui, le sacrifice d'Abraham, et, du tranchant de son épée, il coupe la tête de son frère, la fait rouler aux pieds de ses parents et de ses amis épouvantés. Le meurtrier sort aussitôt dans la rue, portant encore dans sa main l'épée fumante du sang de son frère; puis, d'une voix effrayante : « La volonté « du Père céleste est accomplie! » s'écrie-t-il. »

Il est d'autres mystiques non plus plongés dans les textes sacrés et occupés à revivre les temps bibliques, mais au contraire activement mêlés aux agitations politiques de leur époque. Ce qui domine chez eux au point de vue mental, c'est toujours le mysticisme, mais non pas seulement en tant qu'exagération des sentiments religieux, mais comme tendance pour ainsi dire instinctive à s'exalter des choses de la religion ou de la politique, à en nourrir un esprit déjà malade pour aboutir en fin de compte à des conceptions et à des déterminations véritablement pathologiques. C'est cet état mental qui produit les régicides vrais, les sauveurs de république par l'assassinat, ou encore les bienfaiteurs de l'humanité par la dynamite.

[1] F. Voisin. *Causes des maladies mentales*, p. 41.

[2] *Histoire des anabaptistes*, 1706, t. II, p. 251.

M. Régis dit de ces malades, que leur tempérament mystique leur fait épouser avec ardeur la querelle politique ou religieuse que l'occasion fait surgir. Alors ils s'exaltent et ils en arrivent, par une initiation plus ou moins longue, à transformer des idées de parti en idées véritablement délirantes.

C'est pourquoi le délire des régicides est un délire essentiellement mystique, soit religieux, soit à la fois religieux et politique, soit enfin, mais dans des cas plus rares, exclusivement politique, suivant leur caractère et le milieu ambiant.

Dans sa forme habituelle, ce délire se traduit par la croyance à une mission à remplir, mission inspirée de Dieu, le plus souvent, et devant être couronnée par le martyre [1].

Ravaillac avait été longtemps obsédé par un esprit qui l'assaillait et tourmentait de nuit, puis il eut des visions et des voix intérieures. (Mathieu, *Mort d'Henri IV.*)

Une nuit, J. Clément, étant dans son lit, Dieu lui envoya son ange en vision, lequel avec une grande lumière se présenta à lui et lui montra un glaive nu (Palma Cayet).

Le complément en effet de l'obsession homicide fréquente chez ces mystiques est l'idée d'un martyre glorieux consécutif, consistant dans le châtiment humain de leur crime, châtiment qui doit hâter leur transfiguration dans l'autre monde. C'est une sorte de suicide indirect caractéristique du délire mystique; aux époques de propagande religieuse les martyrs vont au-devant des bourreaux; Ptolémé Philadelphe dut défendre l'enseignement de l'immortalité de l'âme dans ses États, dans la crainte de les voir se dépeupler ainsi. Encore de nos jours les cérémonies religieuses de la Mecque et de Jagernauth sont marquées par l'écrasement volontaire de nombreux fanatiques sous les pieds des chevaux et les roues des chars sacrés.

L'espoir d'une vie meilleure peut pousser au suicide, à plus forte raison lorsque celui qui y a recours se croit l'émanation directe de la divinité méconnue sur cette terre. Pour s'identifier plus complètement avec le Christ qu'ils croient être, des illuminés, pratiquent sur eux-mêmes des mutilations et des tortures rappelant de plus ou moins près les douleurs de la Passion de Jésus. L'exemple classique de ce genre de réac-

[1] *Les régicides*, p. 32.

tion souvent renouvelée depuis, est le cas classique de Mathieu Lorat rapporté par Marc[1].

Mathieu Lorat, cordonnier à Venise, dominé par des idées mystiques, se coupa les parties génitales et les jeta par la croisée. Il avait préparé d'avance tout ce qu'il lui fallait pour panser sa plaie et n'éprouva aucun autre accident fâcheux. Quelque temps après, il se persuada que Dieu lui ordonnait de mourir sur la croix ; il réfléchit pendant deux ans sur les moyens d'exécuter son projet, et s'occupa de préparer les instruments de son sacrifice. Enfin le jour est arrivé : Lorat se couronne d'épines, dont trois ou quatre pénétrèrent dans la peau du front; un mouchoir blanc serré autour des flancs et des cuisses couvre les parties mutilées; le reste du corps est nu; il s'assied sur le milieu de la croix qu'il a faite et ajuste ses pieds sur un tasseau fixé à la branche inférieure de la croix, le pied droit reposant sur le pied gauche; il les traverse l'un et l'autre d'un clou de cinq pouces de longueur qu'il fait pénétrer, à coups de marteau, jusqu'à une grande profondeur dans le bois; il traverse successivement ses deux mains avec des clous longs et acérés, en frappant la tête des clous sur le sol de sa chambre, élève ses mains ainsi percées et les porte contre les trous qu'il a pratiqués d'avance, à l'extrémité des deux bras de la croix et y fait pénétrer les clous afin de fixer ses mains. Avant de clouer la main gauche, il s'en sert pour se faire, avec un tranchet, une large plaie au côté gauche de la poitrine. Cela fait, à l'aide de cordages préparés et de légers mouvements du corps, il fait trébucher la croix qui tombe en dehors de la croisée, et Lorat reste suspendu à la façade de la maison. Le lendemain on l'y trouva encore; la main droite seule était détachée de la croix et pendait le long du corps. On détacha ce malheureux, on le transporta aussitôt à la clinique impériale. Aucune plaie n'était mortelle : Lorat guérit de ses blessures, mais non de son délire.

On remarqua que pendant l'exaspération de son délire, il ne se plaignait pas, tandis qu'il souffrait horriblement pendant les intervalles lucides. Il fut transféré à l'hospice des insensés; il s'y épuisa par des jeûnes volontaires et mourut phtisique le 8 avril 1806.

[1] *Bibliothèque médicale*, p. 76, 1811.

Le dernier exemple de crucifié volontaire offre, avec le précédent, la plus complète analogie, il a été signalé à Kœnigsberg le 5 avril 1898.

Un prêtre irlandais, que nous avons observé, était atteint de délire mélancolique à teinte mystique; il se livrait publiquement à l'onanisme, puis se lamentait et cherchait opiniâtrement à se mutiler. C'est ainsi qu'il s'est en partie arraché les testicules. A l'entrée il opposait un refus d'alimentation absolu, puis il a tenté par deux fois de se précipiter du haut d'un escalier. Maintenu au lit, camisolé et surveillé, il s'est entaillé profondément la langue avec les dents; il a ainsi rongé ses propres lèvres et entamé les commissures, enfin il a dilacéré de la même façon les draps à la portée de sa bouche pour en avaler les lambeaux et s'étouffer. Bâillonné, il est mort d'une perforation intestinale, due à des corps étrangers antérieurement ingurgités.

Cette énergie sauvage, apportée à l'accomplissement du suicide par les mystiques, est encore plus stupéfiante lorsqu'elle affecte la forme collective et épidémique; on a observé aux XVIIe, XVIIIe et XIXe siècles des suicides en masse, parmi les fanatiques orthodoxes russes (incinérés volontaires dans le Raskol Russe. Sapojnikow, Moscou 91) et tout récemment encore une épidémie de suicides religieux par l'emmurement et l'ensevelissement vifs, a sévi près de Tchernigow. La relation due au Dr Sikorski nous montre là les prophéties habituelles et la présence d'une délirance active attachée à son œuvre de lugubre prosélytisme qu'elle clôt de son propre suicide avec les derniers meneurs.

On le voit, ces réactions des mystiques sont caractérisées par une ténacité, en quelque sorte surhumaine, pour emprunter une expression à leur délire même. Les précautions actuelles les plus minutieuses, comme le long espace de temps écoulé, n'en viennent trop souvent pas à bout.

Quand on a affaire au lieu de délirants systématiques à des mélancoliques religieux simples, les réactions n'en sont pas moins dangereuses, ils tuent encore au cours de raptus où ils se croient les instruments du démon, ou bien pour être à leur tour exécutés ensuite, châtiment désiré mais mérité à leurs yeux, qu'ils ne se sentent pas le courage de s'infliger eux-mêmes.

Les mutilations, la castration surtout sont également fré-

quentes (cette dernière peut s'opérer en masse comme cela se fait chez les Skoptsi Russes)[1]; on connait la tentative de Mme de Bielfeld qui cherchait à s'ouvrir le ventre, se croyant enceinte du diable.

Dans d'autres cas (démences, paralysies générales, etc.), la mort est la conséquence accidentelle d'une hallucination comme pour ce malade d'Esquirol (t. I, p. 542), à qui une voix céleste dit : « Mon fils, viens t'asseoir à côté de moi ! » aussitôt il saute par la fenêtre et se tue. Un autre croit entendre les harmonies célestes et voit un char lumineux qui vient le prendre pour le porter au ciel, il ouvre sa croisée pour entrer dans le char et se précipite.

Ces quelques exemples suffisent à montrer que les fous religieux sont, entre tous les aliénés, les plus constamment dangereux pour eux-mêmes et pour leurs semblables.

Les mutilations, le suicide et l'homicide sont en quelque sorte des réactions banales chez eux, il s'ensuit la nécessité absolue d'un internement précoce.

A l'asile ils seront l'objet d'une surveillance incessante tant au point de vue des attentats sur les autres malades et le personnel qu'au point de vue des réactions vis-à-vis d'eux-mêmes; il est des cas où les moyens mécaniques de contention sont nécessaires, outre la surveillance attentive et continue du personnel.

Au point de vue des sorties, on doit se souvenir du malade de Pinel dont vingt années de calme n'avaient pas atténué les tendances homicides.

Au point de vue social, l'internement n'est pas moins indiqué pour éviter la contagion, le délire religieux étant le type du délire communiqué le plus fréquent. Ce sera le moyen thérapeutique infaillible de guérison pour les débiles ou hystériques contagionnés; le diagnostic du délirant actif principal sera des plus importants; à son égard le pronostic est en effet tout différent, la chronicité ordinaire de sa psychose écarte le plus souvent l'hypothèse d'une guérison prochaine et d'une sortie qui pourrait faire renaître l'épidémie première.

[1] Nos lecteurs consulteront avec fruit sur ce sujet, la très intéressante brochure de notre ami Teinturier, intitulée : *Les Skoptzy* (*étude médico-légale sur une secte religieuse qui pratique la castration*). Paris, librairie du *Progrès médical*.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. La rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques; par le Dr Maréchal. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 9.)

On trouvera dans ce travail la relation de deux cas de diabète au cours desquels est apparue une rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire. Cette rétraction se présentait avec ses caractères habituels : les deux derniers doigts de chaque main étaient en flexion, la peau de la paume de la main adhérait fortement aux tissus sous-jacents, etc. Etant donné que cette double rétraction de l'aponévrose palmaire s'observe dans la goutte, le diabète, le rhumatisme, etc., l'auteur croit qu'elle doit rentrer dans le groupe des trophonévroses, attribuables soit à une altération des rameaux nerveux périphériques, ou plutôt, en raison de sa bilatéralité, à une lésion des centres nerveux. G. Deny.

II. Un cas d'acromégalie en gant; par I. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 9.)

Observation d'une femme de quarante-cinq ans qui, à la suite de travaux de couture exagérés, est atteinte depuis plus de dix ans, d'une atrophie avec déformation en griffe des deux mains. Cette atrophie est exactement limitée aux muscles des mains et ne dépasse pas les plis articulaires des poignets. Il n'existe aucune modification de la sensibilité. L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas d'une poliomyélite chronique et pour expliquer la localisation de l'amyotrophie à l'extrémité du membre supérieur, il admet que la lésion est elle-même localisée à l'*étage métamérique de la main*. G. D.

III. Des lésions compensatrices dans l'angine de poitrine; par le Dr J. Pawinski, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Varsovie. (*Gazeta Lykarska*, janvier 1899.)

L'auteur a observé plusieurs cas où l'angine de poitrine fut suppléée petit à petit par d'autres lésions qui diminuèrent notamment le mauvais pronostic et les crises douloureuses de cette funeste maladie. Ces lésions compensatrices peuvent selon M. Pawinski, évoluer dans deux voies, tantôt c'est une insuffisance aortique qui paraît, tantôt une insuffisance mitrale. Ces deux

lésions peuvent être relatives et absolues; elles ne sont que passagères et aboutissent finalement à l'hypertrophie du muscle cardiaque. L'insuffisance mitrale suite d'une angine de poitrine se développe moins souvent que l'autre; l'angine apparaît généralement à l'âge où les artères deviennent athéromateuses, ce qui provoque une insuffisance aortique. En général, ces lésions diminuent la tension artérielle et permettent aux artères coronaires de se remplir plus facilement. La tension moins grande du sang dans les artères excite moins les nerfs du cœur.

Si l'organisme se défend contre une maladie en se créant d'autres portes, il faut que le médecin aide un peu la nature. L'auteur est de cet avis qu'il faut donner à un cœur ainsi malade un sang contenant beaucoup d'hémoglobine pour produire un travail plus grand. C'est pourquoi le régime lacté n'est pas toujours bon.

Il faut donner une nourriture substantielle et la viande convient le mieux dans ce cas. Le cœur normal absorbe 3 p. 100 sur 10 p. 100 d'oxygène total, le cœur malade en use 5 p. 100. On voit de ceci quel danger présente pour le malade une nourriture peu substantielle. L'épuisement est parfois plus grand, si avec le régime lacté on donne de grandes doses d'iodure; on a abusé des combinaisons iodées dans cette maladie. Le camphre, caféine, digitale et une nourriture riche en albuminoïdes produisent un plus grand effet.

La suppléance qui se fait en créant des lésions moins dangereuses est très importante au point de vue du travail que le malade peut produire. Il faut qu'au moment de la production de nouvelles lésions le malade garde le lit; le médecin doit être en éveil, quand l'oppression et la douleur remplacent les crises d'angine de poitrine. En général, ces lésions, en augmentant le rythme du cœur, produisent la dégénérescence graisseuse et sclérose des artères qui au commencement bienfaisantes, peuvent envahir les coronaires, et dans ce cas l'organisme ne trouve plus de salut. G. DE MAJEWSKA.

IV. **Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques**; par le professeur GRASSET. (*Revue Neurologique*, avril.) (Voir p. 395 du n° 41.)

V. **Deux cas d'ophtalmoplégie externe chez deux frères jumeaux**; par le professeur HOMEN.

Il s'agit de deux cas d'ophtalmoplégie externe, chronique et progressive, d'une pureté peu commune et présentant un intérêt tout spécial par le fait que les deux malades étaient frères jumeaux et par l'opération qui fut exécutée sur eux, par le Dr Forselles, constituant ainsi le premier essai de transplantation tendineuse ou musculaire dans un pareil cas.

L'opération fut la suivante : incision horizontale au travers du sourcil gauche, le long du bord de l'orbite. Quand on a pénétré dans l'intérieur de celle-ci, le muscle releveur atrophié est attiré et coupé en son milieu. Cela fait, la peau recouvrant le muscle frontal est détachée jusqu'à mi-hauteur du front et sur le muscle frontal ainsi mis à nu on fixe au moyen de trois sutures au catgut l'extrémité libre de la partie périphérique du muscle élévateur ; la plaie est refermée par des sutures cutanées. Dans l'un des cas, il survint une infection de la plaie, qui neutralisa totalement le succès de l'opération.

Dans le second cas, l'opération eut une utilité manifeste et les résultats en auraient été encore plus efficaces si l'on n'avait craint d'aller trop loin et si l'on avait fixé le tronçon périphérique de l'élévateur un peu plus haut sur le muscle frontal. Cette opération, facilement exécutable en pratique, serait à recommander dans les cas du même genre, lorsque le ptosis atteint un degré trop gênant. (*Revue neurologique*, mars 1899.) E. B.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 10 1903

VI. Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal; par le professeur Grasset.

De tous les chapitres de localisations spinales, si brillamment créés et développés par Charcot, aucun n'est resté plus discuté dans son existence et plus difficile dans sa théorie que le chapitre du cordon latéral et de ses rapports avec les contractures. Tout d'abord, l'auteur démontre la réalité et la vérité de cette loi anatomo-clinique (qui découle des premiers travaux de Charcot) : les contractures permanentes et l'état pariéto-spasmodique d'origine médullaire sont en rapport constant avec la lésion de la partie spinale du faisceau pyramidal. Les preuves démonstratives de cette loi anatomo-clinique se rencontrent dans les huit groupes de faits suivants : 1° contracture tardive permanente des hémiplégiques ; 2° sclérose latérale amyotrophique ; 3° tabes spasmodique ; 4° tabes combiné ; 5° sclérose en plaques ; 6° compression de la moelle et myélites transverses ; 7° hémiplégie spasmodique infantile ; 8° maladie de Little.

Admettant comme cliniquement démontrée la corrélation constante entre les contractures (et l'état spasmodique) d'une part et la lésion du faisceau pyramidal, de l'autre, par quel mécanisme la lésion ou l'absence des faisceaux pyramidaux entraîne-t-elle la contracture permanente ou l'état pariéto-spasmodique ?

Depuis Vulpian, Charcot et Brissaud, il est acquis que la contracture est due à l'exagération du tonus. Le centre du réflexe tonus est dans les cellules des cornes antérieures de la substance grise. Les voies centripètes de ce réflexe sont les prolongements cellulifuges des neurones ganglionnaires sensitifs et les voies cen-

trifuges sont les prolongements cellulifuges des cellules antérieures de la moelle.

Au-dessus de ces cellules radiculaires, sont les cellules semblables des étages supérieurs, qui agissent sur les premières par les fibres courtes et plus haut il y a « quelque part » un centre régulateur d'où part une action nerveuse double et antagoniste : une action inhibitrice qui passe par les faisceaux pyramidaux (Anton., P. Marie) et une action excitatrice qui passe par les voies indirectes ponto-cérébello-spinales. (Van Gehuchten.) La contracture est le résultat de la suppression de l'action inhibitrice (destruction pathologique ou absence congénitale du faisceau pyramidal) avec conservation de l'action excitatrice (par les voies indirectes ponto-cérébelleuses).

Voilà qui paraît acquis définitivement. Reste un point à établir : où est le centre régulateur d'où part cette double action inhibitrice et excitatrice sur le tonus? Tous les auteurs disent : elle est dans l'écorce cérébrale. Et alors à tous les auteurs on objecte : pourquoi la contracture n'apparaît-elle que quand la lésion atteint la partie sous-protubérantielles du faisceau pyramidal?

Pour résoudre cette difficulté, il faut et il suffit que le centre d'où part cette double action modificatrice du tonus ne soit pas dans l'écorce, mais soit plus bas, dans la protubérance.

L'écorce cérébrale a certainement une action sur les réflexes et sur le tonus; mais les réflexes complexes comme le tonus ont un centre régulateur automatique, et c'est de ce centre automatique que partent les actions inhibitrices et excitatrices en question. Or ce centre automatique est tout à fait distinct du centre volontaire, comme il est distinct du centre réflexe simple inférieur (médullaire), et c'est ce centre automatique que le professeur Grasset place dans la protubérance.

En résumé, la contracture d'origine spinale est bien liée à l'altération où à l'absence de la portion spinale du faisceau pyramidal; cette altération déterminant la contracture par la suppression de l'action inhibitrice du tonus qui part de la protubérance et vient aux cellules radiculaires par le faisceau pyramidal. (*Revue neurologique*, février 1899.) E. B.

VII. Des paralysies généralisées dans la fièvre typhoïde; par le Dr Étienne.

Les cas de paralysies généralisées, diffuses, au cours de la fièvre typhoïde, sont rares, mais tous sont loin d'être absolument comparables entre eux. L'auteur a eu la bonne fortune d'en recueillir plusieurs observations qui peuvent servir à éclairer cette difficile question de pathologie générale nerveuse.

La complication constituant les paralysies généralisées observées

dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, peut se présenter sous trois types cliniques, trois syndromes, traduisant l'action élective de l'agent pathogène sur le corps du neurone périphérique ou sur son prolongement, ou bien sur le neurone périphérique dans sa totalité.

I. Syndrome manifestant la poliomyélite antérieure suraiguë ascendante, groupe auquel on peut conserver le nom, d'ailleurs impropre, de maladie de Landry (secondaire).

II. Syndrome manifestant la polynévrite.

III. Paralysie généralisée de type mixte traduisant la lésion combinée des deux éléments du neurone périphérique. (*Revue neurologique*, février 1899.) E. B.

VIII. **Syphilis et tabes**; par M. E. Touche. (*Presse médicale*, 15 mars 1899.)

Sur 23 hommes tabétiques soignés à l'hospice de Brévannes, M. Touche en a trouvé 12 notoirement syphilitiques. Le tabes a éclaté chez ces 12 malades à une époque très variable. D'après le tableau donné par l'auteur, il est tout à fait impossible de prévoir, en se basant sur l'époque d'invasion de la syphilis, la date de l'apparition du tabes. Le fait que la syphilis ait été traitée dès le début, qu'elle ait été bien ou mal traitée, ne semble avoir sur l'époque tardive ou prochaine de l'apparition du tabes qu'une influence bien problématique. A. Fenayrou.

IX. **Myxœdème spontané infantile** ; par M. Briquet. (*Presse médicale*, 4 mars 1899.)

D'après l'auteur, il y a lieu de distinguer trois sortes de myxœdème infantile : 1° le myxœdème congénital, comprenant les cas, d'ailleurs rares, où le corps thyroïde paraît manquer dès la naissance; 2° le myxœdème infantile spontané; cette variété correspondait au myxœdème spontané de l'adulte, mais se caractériserait par ce fait que l'altération ou l'atrophie du corps thyroïde, est survenue à une époque quelconque de la croissance; 3° le myxœdème infantile opératoire, désignant les accidents qui surviennent après l'ablation du goitre, quand celle-ci est pratiquée avant que le corps ait atteint son développement complet. M. Briquet étudie le myxœdème spontané infantile qui se distingue du myxœdème spontané de l'adulte, en ce que la suppression des fonctions thyroïdiennes chez un enfant entraîne immédiatement un arrêt complet dans le développement de l'intelligence et un ralentissement ou un arrêt dans le développement du squelette (nanisme). A propos de l'étiologie de cette affection, il se demande

s'il faut incriminer, comme on le fait généralement, une thyroïdite survie d'atrophie du corps thyroïde; en effet, d'ordinaire, cette thyroïdite ne se manifeste par aucun symptôme, et il est bien difficile d'en déterminer la cause. Peut-être pourrait-on admettre dit-il (et, alors, il n'y aurait pas lieu d'établir une distinction entre le myxœdème congénital et le myxœdème spontané), que, par suite d'une malformation congénitale, certains sujets naissent avec un corps thyroïde trop petit, insuffisant d'emblée (myxœdème congénital), ou ne devenant insuffisant que plus tard, à un moment où les besoins de l'organisme en thyroïdine augmentent (myxœdème infantile, myxœdème de l'adulte). L'idée d'une malformation congénitale expliquerait, mieux que celle d'une thyroïdite infectieuse accidentelle, les cas où, dans la même famille, il y a plusieurs sujets atteints d'affections d'origine thyroïdienne, plusieurs infantiles, par exemple. M. Briquet considère comme moins plausible que la précédente, l'hypothèse d'après laquelle le corps thyroïde manquerait ou serait insuffisant dès la naissance, mais les accidents ne se produiraient qu'au moment où les organes capables de les suppléer (thymus, glande pinéale), disparaîtraient ou deviendraient eux-mêmes insuffisants, époque très variable, selon les sujets. A. Fenayrou.

X. **Névralgie paresthésique. Névrite du fémoro-cutané**; par M. P.-A. Lop. (*Presse médicale*, 1er mars 1899.)

L'auteur rapporte une observation de l'affection décrite en 1895 par Bernhardt sous le nom de paresthésie du nerf fémoral cutané externe, et dénommée méralgie par Roth (Berlin, 1895). La maladie s'est développée, il y a un an, chez un homme de trente ans, arthritique, exposé par sa profession à la fatigue et au froid humide. Elle a débuté par de vives douleurs comparables à des coups de canif, et survenant par accès (six à huit en 24 heures) dans le tiers inférieur de la cuisse droite; les crises douloureuses, duraient en moyenne de 24 à 36 heures. La plus violente de ces crises a eu une durée beaucoup plus longue. Elle est survenue manifestement à la suite d'une grande fatigue et a provoqué des douleurs telles qu'elles arrachaient des cris au malade; le membre était frappé d'incapacité fonctionnelle totale; la peau du tiers inférieur de la cuisse était rouge, violacée, chaude, raidie; il était impossible d'y faire un pli; il semblait au malade que cette partie du membre était recouverte de carton dur. Il existait au tiers inférieur de la face antérieure de la cuisse jusqu'à un centimètre au-dessus de la rotule, et à la face externe de la même région jusqu'au grand trochanter de l'insensibilité à la piqûre, à la chaleur et au froid et une hyperesthésie tactile très grande. Les douleurs étaient exaspérées par la marche. A la suite du traitement

mis en œuvre (pulvérisations de chlorure d'éthyle, badigeonnage d'essence de Wintergreen), les symptômes s'atténuèrent, mais ne disparurent pas. Bien que le malade ait été antérieurement atteint de fièvre bilieuse hématurique et de fièvre typhoïde, l'auteur rejette l'hypothèse d'une névrite périphérique à cause de l'ancienneté de ces infections. Il considère la fatigue et le froid humide comme les causes occasionnelles de cette névrite et admet que ces facteurs eux-mêmes ont agi à la faveur d'un agent prédisposant : l'arthritisme. A. Fenayrou.

XI. **Chorée variable**; par M. E. Brissaud. (*Presse médicale*, 15 février 1899.)

L'auteur rapporte un cas remarquable de chorée variable, d'où ressortent nettement les deux particularités suivantes : 1° mode de début identique à celui de la chorée franche; 2° existence de mouvements complexes simulant un tic d'habitude. La jeune fille dont il s'agit, issue d'un père absinthique, et présentant elle-même de nombreuses tares physiques (infantilisme, stigmates physiques de dégénérescence) et une déséquilibration mentale manifeste, a été atteinte des premiers symptômes de chorée, à l'âge de treize ans et demi, cinq mois après avoir été atteinte d'un érysipèle. Les mouvements nerveux consistaient au début, en un simple clignement convulsif des paupières; puis la malade se mit à tirer la langue, et, enfin, peu à peu, les mouvements se généralisèrent. Le diagnostic de chorée franche s'imposait alors. La première crise dura quatre mois; elle cessa tout d'un coup, du jour au lendemain. Après deux mois de rémission, une nouvelle crise semblable à la première survint brusquement; elle fut suivie d'une autre rémission. Et, depuis lors, jusqu'au moment où elle fut observée par l'auteur, c'est-à-dire pendant trois ans, cette jeune fille présenta une série ininterrompue de crises et de rémissions toujours approximativement égales en durée et en intensité. Pendant le séjour de la malade dans le service de M. Brissaud, les symptômes se modifièrent à diverses reprises; les mouvements devinrent plus rares, plus brusques, plus limités, se répétant toujours à peu près sous la même forme (mouvements brusques de projection des bras en avant, de haussement des épaules; geste semblant avoir pour but d'écarter avec la main une mèche de cheveux imaginaire); c'était presque à s'y méprendre la maladie des tics. Les tics disparurent ensuite et furent remplacés par la coprolalie monosyllabique la plus classique; enfin, celle-ci céda elle-même la place à un nouveau tic consistant en un claquement des doigts accompagnant un geste de vive impatience. La nature dégénérative de cette névrose n'est pas douteuse; elle est surtout attestée par la variété et la variabilité des mouvements choréiques.

A raison de ces particularités, le terme chorée polymorphe des dégénérés a paru à M. Magnan préférable à celui de chorée variable. Cette dénomination aurait incontestablement l'avantage d'éviter l'emploi d'un mot nouveau pour désigner le caractère fondamental de cette névrose, caractère commun à tous les phénomènes nerveux de la dégénérescence, le polymorphisme. Mais comme l'expression, chorée variable, impliquant à la fois des variations dans la forme et dans le temps, dans la durée, est plus générale et plus précise que la première, M. Brissaud est tenté de la conserver. A. FENAYROU.

XII. **Tubercules de la couche optique**; par MM. DEMANGE et SPILLMANN. (*Presse médicale*, 8 février 1899.)

Observation d'une jeune fille de dix-sept ans, sœur de plusieurs tuberculeux, à l'autopsie de laquelle MM. Demange et Spillmann ont trouvé dans l'hémisphère cérébral droit un vaste foyer de ramollissement occupant la presque totalité de la portion centrale du centre ovale, et une tumeur du volume d'une noisette siégeant au milieu de la couche optique droite et touchant par sa périphérie au bras postérieur de la capsule blanche interne ; l'examen histologique a démontré que cette tumeur était un tubercule. Il existait, dans la moelle, de la sclérose descendante du faisceau pyramidal. Les poumons et le foie présentaient quelques lésions tuberculeuses si peu prononcées que l'examen clinique n'avait pu les révéler. La maladie avait débuté par des attaques épileptiformes avec convulsions localisées au bras et à la jambe gauches ; ces attaques, d'abord simples, s'accompagnèrent plus tard d'aphasie passagère ; puis survint de l'hémiparésie gauche, à laquelle succéda bientôt une hémiplégie complète ; des phénomènes de contracture ne tardèrent pas à apparaître. Pendant un an environ, l'état de la malade resta stationnaire. Lors de son entrée à l'hôpital de Nancy, elle présentait une hémiplégie gauche totale avec atrophie musculaire et contractures particulièrement accusées au membre supérieur ; on constatait, en outre, des troubles de la sensibilité musculaire, de l'hémianesthésie gauche et des troubles visuels (diplopie, strabisme interne de l'œil gauche par intervalles). Pas de céphalée ni de vomissements. Conservation de l'intelligence et de la mémoire. La situation s'aggrava progressivement; les troubles visuels surtout s'accentuèrent : perte de la vision de l'œil gauche ; constatation à l'ophtalmoscope, de neurorétinite avec atrophie de la papille; puis les mêmes symptômes apparurent à l'œil droit et la cécité devint complète. La malade mourut dans le coma, dix-huit mois environ après le début des accidents.

La compression de la branche postérieure de la capsule interne

par la tumeur explique l'hémianesthésie, symptôme qui fait habituellement défaut en pareil cas, et la sclérose des faisceaux pyramidaux; peut-être faut-il aussi lui attribuer la destruction de la substance blanche depuis le point comprimé de la substance blanche jusqu'aux régions postérieures de l'écorce cérébrale. Les auteurs pensent que les troubles de la vision sont probablement dus à l'œdème lymphatique du nerf optique, lequel peut, à lui seul, produire des lésions graves de ce nerf et conduire à la cécité, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'hypothèse très problématique de toxines sécrétées par la tumeur. A. Fenayrou.

XIII. **Sur le phénomène de Ch. Bell dans la paralysie faciale périphérique et sur sa valeur pronostique**; par MM. Bordier et Frenkel. (*Presse médicale*, 11 janvier 1899.)

MM. Bordier et Frenkel reconnaissent volontiers que le phénomène qu'ils croyaient avoir observé, les premiers, dans la paralysie faciale périphérique et dont ils ont donné la description dans le numéro du 8 septembre 1898 de la *Semaine médicale*, avait été signalé, mais incomplètement, avant eux par Ch. Bell, et rapporté, après cet auteur, sans développement, par divers neurologistes allemands. Ils constatent ensuite que la valeur pronostique et l'interprétation du « phénomène de Ch. Bell », telles qu'elles ont été établies par eux, résistent aux critiques dont elles ont été l'objet et restent exactes. A. Fenayrou.

XIV. **Artérite syphilitique des deux sylviennes et du tronc basilaire**; par M. C. Bacaloglu. (*Presse médicale*, 1er mars 1899.)

Observation d'un malade de trente-quatre ans, qui, trois ans et demi après avoir contracté la syphilis, fut atteint brusquement d'hémiplégie droite. Cette hémiplégie disparut en quelques semaines. Le traitement spécifique fut prescrit au malade, mais celui-ci refusa de s'y soumettre. Dix-huit mois plus tard, il fut frappé d'hémiplégie droite avec aphasie, hémiplégie qui, cette fois, se dissipa seulement aux membres pour se cantonner à la région du facial inférieur avec persistance des troubles de la parole. Malgré le traitement antisyphilitique énergique auquel il fut soumis, il ne tarda pas à mourir, après avoir présenté une agitation violente bientôt suivie de coma avec troubles respiratoires et vasomoteurs, troubles des sphincters, et élévation extrême de la température. A l'autopsie, on constata, du côté droit, des lésions d'endo-périartérite ancienne de la cérébrale moyenne, et un foyer de ramollissement périphérique au niveau de l'insula; du côté gauche, de la thrombose de la sylvienne, au niveau où cette artère fournit les perforantes antérieures et un foyer de nécrobiose au

niveau de la partie antérieure et externe du noyau lenticulaire. La circonvolution de Broca et les circonvolutions fronto-pariétales étaient congestionnées, mais il n'y avait pas de ramollissement périphérique; la lésion était centrale, située au noyau lenticulaire. Il existait en plus de l'artérite oblitérante du tronc basilaire, sans nécrobiose du bulbe.

Cette observation montre la bilatéralité des lésions et leur symétrie, ainsi que la précocité des lésions; celles-ci sont survenues, en effet, dans le cours de la quatrième année après l'infection syphilitique. Elle montre aussi des lésions d'endo-périartérite d'âge différent, évoluant successivement. Elle met enfin en relief l'importance du traitement spécifique intensif, surtout après une première atteinte. A. FENAYROU.

XV. Sur quelques variétés d'hémorragies méningées;
par le professeur BOINET.

Cet article a été analysé dans le numéro de juin des *Archives de Neurologie*, p. 499.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 27 mars 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

Rétablissement du prix Esquirol.

Suivant les conclusions du rapport du secrétaire général, la Société décide de rétablir le prix Esquirol dont elle prélèvera le montant sur son propre fonds. M. B.

Séance du 24 avril 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

L'hérédité dans les familles d'aliénés et la théorie générale de l'hérédité.

M. SOLLIER donne lecture d'un rapport sur le mémoire communiqué par M. Orchanski dans la séance de février. Le mémoire se

compose de deux parties : une de statistiques, statistiques très nombreuses et portant sur des chiffres de familles examinées, allant parfois jusqu'à deux cent cinquante et trois cents. Ce sont ces statistiques qui présentent le plus grand intérêt.

Quant à l'autre partie, c'est de la théorie et de l'hypothèse, et bien que les considérations auxquelles se livre l'auteur offrent une certaine vraisemblance par la logique des déductions et l'argument des remarques, il serait téméraire, dit le rapporteur, de porter sur elles un jugement précis. Mais ce qu'il peut dire, c'est que le travail de M. Orchanski met en relief bien des points de vue que soulève cette question toujours d'actualité qu'est l'hérédité tant normale que pathologique. M. Sollier propose, en conséquence, à la Société de mettre en discussion les principales conclusions de l'auteur qui ont, en dehors de leur intérêt théorique, un intérêt pratique au point de vue de la prophylaxie des affections nerveuses et mentales en particulier, en montrant l'influence réciproque des deux parents sur la ressemblance et l'évolution des descendants.

M. B.

Séance du 20 *mars* 1899. — Présidence de M. J. Voisin.

Prix Moreau (de Tours).

La Société, acceptant les conclusions de M. Boissier, rapporteur de la Commission du prix Moreau (de Tours), décerne ce prix à M. Bernard-Leroy pour son mémoire sur *L'illusion de fausse reconnaissance*. Une mention très honorable est en outre accordée au travail de M. Wahl sur *La descendance des paralytiques généraux* et à celui de M. Lalanne sur *Les persécutés mélancoliques*. Huit mémoires avaient été présentés pour le concours.

Prix Belhomme.

M. Sollier donne lecture du rapport de la commission du prix Belhomme. Deux mémoires avaient été présentés. Le prix avec une somme de 450 francs est accordé à M. J. Boyer, professeur à l'Institut médico-pédagogique à Vitry. Une mention avec une somme de 250 francs est décernée aux auteurs de l'autre mémoire, MM. Rodier et Ameline, internes à l'Asile clinique. En 1901, les candidats auront à traiter *Du délire chez les idiots et les imbéciles à l'exclusion des arriérés.*

Mlle Robinowitch communique quelques observations d'aliénés présentant des obsessions et diverses impulsions morbides. L'auteur conclut que l'isolement est le meilleur traitement qui convienne à ces malades.

La myoclonie épileptique.

M. Maurice Dide donne lecture d'un travail sur la myoclonie épileptique. Le phénomène, impossible à produire artificiellement, est toujours conscient. Les secousses myocloniques, dont la durée ne dépasse pas une seconde, peuvent se montrer dans tous les muscles. Elles préoccupent beaucoup plus les malades que les attaques caractérisées et, comme celles-ci, s'améliorent par le bromure. Elles peuvent précéder de plusieurs années l'apparition du grand mal. Marcel Briand.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

Xe Session. — *Marseille, avril* 1899 [1].

Pour compléter le compte rendu que nous avons donné du Congrès de Marseille, nous croyons devoir donner le résumé d'une communication de M. Mabille et d'une autre de MM. Febvré et Picqué.

Psychoses polynévritiques.

M. Mabille. — Comme M. Régis, je crois que les caractères mentaux de l'affection décrite par Korsakoff sous le nom de psychose polynévritique ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on rencontre dans les autres psychoses par auto-intoxication. C'est toujours le même trouble à base de confusion mentale, le même ensemble de phénomènes hallucinatoires à caractère plus ou moins terrifiant, la même perte plus ou moins accentuée des souvenirs, troubles variant peut-être avec la nature ou la durée d'action de l'agent toxique. La polynévrite peut elle-même, d'ailleurs, exister sans les troubles mentaux.

Ce qui me paraît surtout dominant dans l'étude de ces psychoses par auto-intoxication, avec ou sans polynévrites, c'est la persistance fort longue des troubles amnésiques, alors même que les autres troubles, les troubles névritiques en particulier, ont disparu. A l'appui de ma thèse, je puis citer deux observations de malades qui ont guéri après avoir conservé pendant assez longtemps des troubles de la mémoire.

[1] Voir le dernier numéro, *juin*, p. 476-506.

Dans mes deux observations, le vin était l'agent toxique; ainsi, chez ma première malade, il s'agit d'une femme originaire de l'île de Ré, née de père et mère alcooliques. Alcoolique elle-même, elle buvait au robinet du tonneau jusqu'à être ivre-morte; elle ne buvait que du vin. A son entrée (novembre 1895), confusion mentale avec intermittence de calme et d'agitation, troubles hallucinatoires à forme zoophique, paraplégie symétrique bilatérale avec atrophie des muscles des jambes et des cuisses, avec pieds en varus équin, œdème des extrémités et peau luisante. Pas d'albumine, pas de sucre, pas de stigmates hystériques. L'impotence fonctionnelle s'amende graduellement et disparaît vers avril 1896 et l'état mental s'améliore. Mais pendant plusieurs semaines, la perte de la mémoire subsiste. — Ma seconde observation est identique à la première. Dans ces deux cas, les phénomènes d'ivresse et l'alcool de vin ont dû jouer un rôle important. J'ajouterai que l'alcool de vin a été rarement signalé dans l'étiologie de l'affection en question.

Du rôle de l'hygiène et de la gynécologie dans les services de femmes aliénées; par les Drs Picqué, chirurgien de la Pitié et des asiles de la Seine, et Febvré, médecin de l'asile de Ville-Evrard.

Depuis quelques années, des réformes sérieuses ont été apportées dans les services d'aliénés. Le vieil asile avec ses quartiers toujours fermés et toujours symétriques, ses murs élevés, ses moyens de contention, tend à disparaître pour faire place à un régime de liberté qui, de jour en jour, prend plus d'extension. La sélection entre les diverses catégories d'aliénés est venue à son tour, et a permis l'essai de modes d'hospitalisation appropriés aux diverses formes d'aliénation mentale observées. L'étude comparative de l'hospitalisation dans les asiles proprement dits, les asiles colonies et les colonies familiales ou agricoles, basées sur des expériences faites à l'étranger, est aujourd'hui l'objet de discussions approfondies, tant à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, qu'au sein de la grande Commission organisée par le conseil général de la Seine, en vue de la réforme des services d'aliénés. La question de l'assistance des aliénés préoccupe à juste titre l'opinion publique, qui s'est émue des critiques passionnées qui se sont élevées contre nos établissements de traitement. Les asiles de la Seine n'ont naturellement pas échappé à des attaques dont la violence exagérée a été heureusement tempérée par un examen impartial du fonctionnement des établissements hospitaliers similaires de l'étranger.

Dans cet article, notre intention n'est pas d'aborder la question de l'organisation en général des asiles d'aliénés; nous voulons seulement nous borner à examiner un côté de la question, en nous

plaçant au point de vue de l'hospitalisation des femmes aliénées.

Notre pratique hospitalière déjà longue et les observations que nous avons faites en commun, nous ont prouvé que, dans la composition actuelle des services d'aliénés on n'a peut-être pas tenu suffisamment compte de certaines considérations d'ordre hygiénique et thérapeutique spéciales à la femme.

L'asile, construit toujours sur le même plan et pour un nombre de lits fixé à l'avance, avec des bâtiments identiquement disposés à l'intérieur, qu'il s'agisse de l'hospitalisation des hommes ou des femmes, n'a été pendant longtemps qu'une « renfermerie », destinée à éloigner de la société des êtres susceptibles de devenir une cause de danger ou de trouble.

Depuis quelques années, les idées humanitaires qui se font jour tendent à substituer à cette manière un peu primitive, pour ne pas dire un peu barbare, de concevoir l'isolement des aliénés, une méthode non plus uniforme, mais s'inspirant des conditions physiques et intellectuelles présentées par les aliénés, suivant leur âge, leur sexe, leur délire, leurs aptitudes, etc.

Néanmoins, il faut bien l'avouer, rien ou presque rien n'a été fait pour donner à la femme aliénée certains soins hygiéniques dont elle a absolument besoin et dont la privation constitue pour elle un véritable supplice. On peut encore voir dans certains asiles de province des sections comprenant plus de cent malades sans un lavabo, des dortoirs de soixante malades et plus sans le moindre filet d'eau destiné aux usages de la toilette. Les affections gynécologiques chez les femmes aliénées sont cependant d'une extrême fréquence, sur soixante-six malades examinées par M. le Dr Picqué et par moi au point de vue gynécologique, sept seulement n'ont présenté aucune lésion des organes génitaux, soit environ une proportion de 89 p. 100 de femmes aliénées affectées de lésions de l'appareil génito-urinaire. Nous devons dire que nous comprenons sous ce titre toutes les lésions inflammatoires ou autres, en exceptant toutefois les altérations scléro-kystiques de l'ovaire et les salpingites légères contre lesquelles nous n'avons jamais institué un traitement chirurgical.

La question des interventions chirurgicales chez les aliénées, agitée autrefois par Loiseau et Azam, à propos des folies sympathiques, a été de nouveau soulevée le 31 août 1897 à Montréal au 65e congrès de la Brit. med. Association (section de psychiatrie), par MM. les Drs Rohé et Hobbs. La statistique du Dr Rohé, médecin en chef de l'asile de Maryland, porte sur 34 cas, et se décompose ainsi : 11 guérisons complètes (état physique et état mental), 9 améliorations, 11 états stationnaires, 3 morts opératoires. La statistique du Dr Hobbs, médecin de l'asile de London (Ontario), porte sur 80 cas et elle donne les résultats très favorables suivants : 30 guérisons, soit 37 1/2 p. 100; 18 améliorations, soit 22 1/2 p. 100;

et 28 états stationnaires, soit 35 p. 100, 4 morts, soit 5 p. 100 du total.

Le Dr Russell, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Hamilton, s'est déclaré l'adversaire résolu de toute intervention chirurgicale, chez les aliénées, en s'appuyant sur l'opinion de 120 aliénistes de la Grande-Bretagne et d'Amérique; mais il est facile de se convaincre que, pour beaucoup de ces médecins, la question mal posée laissait supposer qu'il s'agissait du traitement systématique de la folie par la chirurgie.

En Belgique, le Dr Cuylitz a communiqué à la Société de Médecine mentale de Bruxelles, un travail très important sur les opérations gynécologiques en médecine mentale; mais il a paru surtout envisager l'hystérie et l'épilepsie. — Jacobs, tout en admettant certaines relations sympathiques, est peu partisan de l'intervention chirurgicale au cours des psychoses. — En Italie, Angelucci et Pieraccini ont publié également un mémoire très important sur la question.

En France, peu de chirurgiens se sont occupés de la question lors de la discussion sur les psychoses. Quelques-uns ont émis une opinion toujours peu favorable à l'intervention chirurgicale chez les aliénées. D'autre part, des observations ont été publiées. Terrillon a cité, il y a quelques années, une observation qui a trait à ce sujet.

Le Dr Piéchaud, au congrès des médecins aliénistes de 1896, a relaté deux observations relatives à des interventions chirurgicales et suivies, l'une de guérison, l'autre d'amélioration de l'état mental. Ces cas sont restés isolés. Aucun auteur n'a songé à en déduire l'enseignement qu'ils comportent réellement. Enfin Cossa (thèse de Montpellier) a consacré sa thèse à la question du traitement chirurgical de la folie sympathique.

M. le professeur Joffroy, dans une leçon clinique très remarquable, a traité incidemment la question des rapports de la chirurgie et de l'aliénation mentale.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longuement sur l'historique de la question; nous n'avons pas en effet l'intention de revenir sur les théories émises à propos de la folie sympathique. Le terme de folie sympathique est d'ailleurs un terme générique vague, qui évoque simplement l'idée du retentissement à distance d'organes éloignés et malades, sur le cerveau, et qui doit disparaître pour faire place à des états intellectuels bien définis, liés ou non à la dégénérescence. Nous croyons, toutefois, que la grande chirurgie de l'abdomen qui a été jusqu'à ce jour peu pratiquée sur les aliénées en raison de lacunes hospitalières, peut dans certains cas aboutir à des résultats inespérés, en faisant cesser brusquement des troubles organiques graves, survenus à la suite de lésions organiques ou de néoplasmes très étendus. De même, nous pensons

que les aliénées doivent bénéficier de toutes les nouvelles données gynécologiques, inconnues au moment où Loiseau et Azam publiaient leurs travaux sur la folie sympathique.

— L'importance des causes physiques dans la genèse du délire ne saurait être niée ; elle a été mise en évidence dans les traités de Pinel, de Marcé, d'Esquirol, qui ont toujours insisté sur le mode de réaction du cerveau en présence de la souffrance physique. Si, comme nous l'exposions dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie de Paris, certaines aliénées semblent jouir d'une résistance très grande aux agents physiques, si, rarement, elles font entendre une plainte ou accusent un malaise, elles n'en sont pas moins impressionnées par les moindres causes extérieures, par de simples variations atmosphériques. L'irritabilité constitue dès lors l'élément le plus redoutable du délire, surtout dans les formes de la folie dont les préoccupations hypochondriaques donnent la note prédominante.

Ces quelques considérations prouvent surabondamment le rôle tout humanitaire que nous voulons assigner à la gynécologie appliquée aux aliénées. Nous avons été frappés par l'énorme proportion des affections de l'utérus ou de ses annexes, chez les femmes aliénées. Notre statistique donne le chiffre de 89 p. 100 ; George Rohé, second surintendant à l'hôpital des aliénés de Sykerville (Maryland), déclare que 60 p. 100 des folles internées présentent des lésions des organes pelviens. Isabel Dowenport, à l'hôpital Illinois à Kankakee, a trouvé une proportion de 80 p. 100, et Hobbs, au congrès de Montréal, a donné le chiffre de 93 p. 100.

En présence de telles statistiques, les médecins ou chirurgiens des Asiles peuvent-ils se désintéresser de la situation de malheureuses aliénées, susceptibles d'être guéries ou améliorées par un traitement bien dirigé ? Ont-ils le droit d'ignorer ou de laisser sans soins des affections utérines curables, et de laisser s'ajouter à des souffrances morales déjà si terribles, des souffrances physiques, qu'il est en leur pouvoir d'atténuer ou d'éviter ? Pour notre part, nous avons pensé qu'il était cruel de ne pas intervenir, et nous sommes intervenus dans les conditions suivantes :

Jamais une aliénée n'a été examinée et à plus forte raison opérée, sans le consentement écrit *de la famille. Toutes les interventions gynécologiques ont été pratiquées avec les précautions antiseptiques et aseptiques qui sont de règle dans les hôpitaux de Paris. Jamais une opération n'a été tentée sur un organe sain ou chez des épileptiques ou des hystériques en vue de remédier à leur état de nervosité.*

Des installations particulières ont été réalisées à l'infirmerie de l'asile de Ville-Évrard (division des femmes), afin de donner à toutes les malades opérées ou à opérer des garanties de sécurité presque absolues. Une sous-surveillante et des infirmières spécia-

lement affectées au service de gynécologie, ont été seules chargées de donner des soins aux malades opérées ou à opérer.

A défaut de chambre d'opération, une chambre d'isolement bien éclairée, absolument réservée à la chirurgie, a été utilisée et aménagée pour toutes les opérations.

Notre intervention a toujours été justifiée. L'initiative que nous avons prise, avec le consentement des familles, et en dehors de toute idée préconçue sur les rapports qui peuvent exister entre les maladies mentales et les lésions de l'appareil génital de la femme, ne pouvait être que parfaitement légitime. Nous sommes intervenus, soit médicalement, soit chirurgicalement, chez 22 malades, et nous avons constaté par la suite : 11 guérisons, 3 états stationnaires, 7 améliorations, 1 mort.

Les observations de ces malades sont développées dans le travail que nous avons soumis à la Société de chirurgie et intitulé : *Du rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations chirurgicales dans certaines formes d'aliénation mentale.*

Ces observations sont réparties en trois groupes :

Le premier groupe comprend les malades chez lesquelles l'affection mentale a évolué parallèlement à la lésion des organes génitaux. La guérison, à la suite de l'intervention chirurgicale, a été complète. Ces faits, favorables à la doctrine de la folie sympathique, auraient été plus nombreux et utilisés par les partisans des psychoses sympathiques, si les aliénées avaient pu, à cette époque, bénéficier des ressources de la chirurgie. Ils démontrent en tout cas, l'influence des causes physiques au point de vue de l'éclosion et du développement du délire.

Dans le deuxième groupe nous avons rangé des délires surajoutés à un délire primitif et développés à la suite d'obsessions hypochondriaques. L'imagination, qui déjà chez l'homme sain est un élément de dépression si accusé en face de la douleur physique, est capable de créer, sous l'influence d'une cause irritante quelconque, sinon un vrai délire, du moins des interprétations délirantes variées ou un délire secondaire surajouté au délire primitif. Chez la femme douée d'une impressionnabilité excessive, l'attention toujours appelée vers certaines lésions des organes génitaux, dégénère en une obsession capable de devenir angoissante et de masquer, par sa prédominance, les anciennes idées délirantes. D'où la nécessité de dissocier les souffrances morales et les souffrances physiques en supprimant si possible ces dernières. Sans guérir l'état antérieur d'aliénation mentale, l'acte opératoire met l'organisme en état de lutter efficacement contre le délire et contre ses manifestations dangereuses ; en même temps, il prévient l'épuisement qui peut résulter de certaines lésions (fibrômes avec hémorragie) et il supprime, dans certains cas, les autres intoxications qui jouent dans la pathogénie de la folie un rôle prédominant.

Le troisième groupe comprend les opérations faites dans le but d'activer la convalescence mentale. Ce groupe est le plus important ; il démontre les bienfaits de la gynécologie appliquée à des lésions de peu d'importance mais susceptibles de prolonger un état de malaise indéfinissable, avec répercussion sur l'activité en général et persistance d'une teinte de mélancolie en apparence non justifiée. L'examen des organes génitaux, pratiqué à ce moment, révèle parfois, soit une vaginite, soit une métrite, soit des ulcérations d'une ou de deux lèvres du col de l'utérus. Quelques injections au permanganate de potasse, un simple curettage, une opération de Schrœder, triomphent de cet état de lassitude, dont l'origine est alors trouvée, et la convalescence mentale, un instant enrayée, marche rapidement vers une guérison définitive.

Nous nous proposons de suivre nos opérées ; mais dès à présent nous attendons beaucoup de cette thérapeutique, uniquement dirigée contre la douleur physique. Des résultats inespérés ont été la conséquence d'opérations peu graves mais supprimant certaines souffrances, certains troubles exagérés ou mal interprétés par des imaginations en puissance du délire.

Aucun accident de chloroforme n'est survenu dans le service. L'anesthésie, contrairement à ce qu'on serait tenté de croire, s'est toujours produite rapidement, sans période d'excitation bien vive.

Au cours de la convalescence mentale, alors que la santé intellectuelle est si fragile, l'appréhension d'une opération, les inhalations de chloroforme, n'ont jamais amené de rechutes.

Cette remarque a son importance, au moment où les travaux sur les folies post-opératoires tendent à faire rejeter les interventions chirurgicales chez les aliénées.

Pour nous résumer, nous dirons que certaines réformes hospitalières s'imposent afin de doter tous les services de femmes aliénées d'un petit arsenal chirurgical destiné aux interventions chirurgicales de peu de gravité (curettages, opérations de Schrœder). Les infirmeries, notamment, doivent être pourvues d'une salle aseptique, d'une étuve Poupinel, pour désinfecter et aseptiser les instruments et les objets de pansements (compresses, ouate, crins, etc.), d'appareils de balnéation et d'injection divers ; elles doivent être exemptes de parquets, de boiseries, d'objets impossibles à désinfecter et dont l'entretien par le frottement et l'époussetage ne peut que propager des germes morbides.

Le personnel de surveillance de ces infirmeries doit être recruté parmi les sous-surveillantes et infirmières diplômées, ayant déjà accompli un long stage dans les autres services. L'asile ne doit plus être, en un mot, un refuge destiné à abriter toutes les misères, mais un hôpital de traitement, permettant par sa disposition et par son outillage médical et chirurgical, de parer à toutes les éventualités morbides d'ordre chirurgical ou médical.

Il est illogique et cruel de se désintéresser de la situation de malheureuses aliénées, dont le délire n'est souvent que l'expression de la douleur, atteintes de lésions organiques ou inflammatoires, dont elles seraient certainement débarrassées par une intervention opportune si elles jouissaient de leur liberté. Il est nécessaire, selon nous, d'éloigner de l'esprit de malades si accessibles aux obsessions et aux interprétations délirantes, toutes les causes capables d'entretenir, d'activer, d'étendre ou d'augmenter le délire.

Les vaginites si nombreuses, dont nous avons parlé, sont loin d'être toujours la conséquence d'une contagion gonococcique ; elles sont, pour la plupart, placées sous la dépendance de l'absence de soins hygiéniques. Les persécutées, sans cesse disposées à cacher leurs souffrances ou à les attribuer à des agissements occultes, donnent, en pareil cas, libre cours à leur imagination douée d'une activité morbide, elles pensent à des attentats odieux commis sur leur personne pendant la nuit, et se condamnent à l'insomnie, afin d'échapper à des souillures dont elles voient les traces dans certaines sécrétions qui ne sont que le résultat d'une inflammation qu'elles ignorent. Les perversions génitales chez la femme aliénée sont tellement fréquentes, tellement pénibles, elles ont un tel retentissement sur son état général, qu'il est, de toute nécessité d'en empêcher le développement ou d'en atténuer les funestes effets, par des soins hygiéniques spéciaux [1].

Journée du dimanche 9 avril.

Réception à l'asile d'Aix. — Inauguration du buste du Dr Pontier [2].

L'excursion à Toulon, placée *avant* la visite de l'asile d'aliénés d'Aix en Provence, a eu pour conséquence de réduire un peu le nombre des congressistes qui ont suivi cette partie du programme. Ils ont été reçus à la gare par le Maire, M. le Dr Bertrand, par le médecin directeur, le Dr Ph. Rey, par les Drs Chabrier, président et Bourguet, membre de la Commission de surveillance. On s'est rendu en voiture à l'asile situé à l'extrémité d'une des plus belles avenues de la ville. Les assistants se sont réunis dans la salle de la Bibliothèque de l'asile où il a été procédé à l'ouverture officielle

[1] Dans toutes les divisions des *aliénées* des asiles, les médecins doivent se préoccuper de plus en plus des affections organiques de tout genre et surtout des affections utérines et de l'hygiène sexuelle. (B.)

[2] Nous reproduisons cette partie du Compte rendu du Congrès de Marseille parce que l'épreuve que nous avions adressée, pour corrections, à notre ami le Dr Ph. Rey, est parvenue trop tard à l'imprimerie pour être corrigée. (B.)

de l'*Ecole professionnelle pour les surveillants et infirmiers*, organisée par le médecin-directeur qui a exposé le programme des cours et présenté un règlement et un livret d'instructions générales pour les agents du personnel de surveillance. Puis, M. Rey a donné le mouvement de l'aliénation mentale dans les Bouches-du-Rhône et quelques considérations sur les formes de la folie. L'alcoolisme a fait des progrès dans les centres ruraux. La population de son asile, le 9 avril, était de 786 malades dont 407 et 379 femmes. Ces malades proviennent des Bouches-du-Rhône, de la Corse et de l'Algérie; la moyenne des admissions a été de 197, pour les trois dernières années.

M. Rey fournit ensuite des renseignements sur le compte administratif, sur le régime alimentaire et les régimes spéciaux pour les infirmeries, sur la transformation des services généraux devenus insuffisants par suite de l'accroissement de la population qui a amené l'encombrement de l'asile. De là, nécessité de nouvelles constructions, en particulier pour les *travailleurs*, une nouvelle infirmerie pour les femmes, pour le pensionnat. Les locaux qui deviendraient disponibles serviraient à désencombrer l'asile. Il y aura à procéder à de grands mouvements de terrains pour dégager le bâtiment d'administration et achever l'avenue. La situation financière de l'asile permet de réaliser tous ces projets.

La cérémonie d'inauguration du buste du Dr Pontier a eu lieu ensuite dans la grande salle d'honneur de l'établissement décorée pour la circonstance de trophées de drapeaux et de plantes vertes. De nombreuses notabilités, invitées par l'aimable directeur, M. Rey, avaient pris place, dès 11 heures, dans l'enceinte qui leur était réservée. — Le Dr Chabrier, président de la Commission de surveillance, souhaite la bienvenue au Congrès, en excellents termes. — M. Doutrebente prend ensuite la parole et, dans un discours très applaudi, rend un hommage ému à la mémoire de l'ancien directeur-médecin.

Un chœur (hommes et femmes) composé de pensionnaires de l'établissement, accompagné par un orchestre excellent, a exécuté une cantate, composée pour la circonstance, que l'auditoire entier a applaudie frénétiquement.

M. Pontier fils, conservateur du musée et auteur du monument qui va perpétuer le souvenir de son père, a remercié vivement le congrès en quelques paroles empreintes d'une douce émotion. Le buste remarquable est, nous assure-t-on, très ressemblant : il repose sur un piédestal tout simple. La place définitive du monument sera dans la salle de la Commission, dans laquelle, à cause de ses dimensions exiguës, n'a pu avoir lieu l'inauguration.

Un banquet de quatre-vingts couverts réunissait ensuite les congressistes et les invités autour d'une table somptueusement ser-

vie. De nombreuses dames, pour la plupart femmes des membres du congrès, en toilettes claires, piquaient çà et là sur la teinte sombre des habits noirs des nuances gaies qui ajoutaient encore à l'éclat de ce festin.

Au champagne, des discours ont été prononcés par MM. le Dr Chabrier; Cotelle, sous-préfet; Leydet, sénateur; Perreau, député; le Dr Rey, MM. les Drs Drouineau et Doutrebente et le pasteur protestant, le Dr Pichenot et le représentant de la Presse.

Ensuite, le groupe des danseurs de Saint-Cannat a exécuté, au son du tambourin, de vieilles danses provençales devant les invités. La musique des Touristes de l'Union a exécuté, durant cette fête charmante, des morceaux variés de son répertoire.

Les malades, dont la table avait été particulièrement soignée, ont pris part à toutes ces réjouissances.

Avant la cérémonie d'inauguration, les congressistes avaient visité les différents quartiers de l'asile, guidés par le Dr Rey, qui leur a fait les honneurs de son établissement avec une exquise bonne grâce. On a remarqué la nouvelle infirmerie pour la section des hommes, l'installation récente également des bains-douches, et les cellules capitonnées du quartier de traitement. Tous les quartiers sont éclairés à l'électricité. Les lampes des dortoirs se transforment en veilleuses au moyen de commutateurs spéciaux.

La population arabe offre un intérêt particulier, tant au point de vue des formes mentales et des différentes manifestations du délire qu'au point de vue anthropologique. Sur près de 80 de ces malades, des deux sexes, il n'y avait, à ce jour, aucun cas de paralysie générale.

Voici, en terminant, quelques renseignements sur le Dr Pontier, créateur et premier directeur de l'asile d'aliénés du Mont-Perrin.

M. Charles Pontier naquit à Aix le 6 mai 1809. En 1852, il fut chargé de la direction du quartier d'aliénés, situé alors à l'hospice d'Aix. Dans ces difficiles fonctions, il eut à donner maintes fois des preuves de son inaltérable dévouement aux malades qu'il soigna avec une sollicitude qui ne se démentit jamais.

Un peu plus tard, ayant réalisé des économies par une sage administration, M. Pontier put faire l'acquisition du terrain sur lequel s'élève l'asile actuel. Les travaux furent poussés activement; mais, hélas! la mort ne lui permit pas d'achever l'œuvre qu'il avait entreprise et le 15 mars 1878 il succombait, emporté à l'âge de soixante-neuf ans par une maladie qui le minait depuis un certain temps. Le monument érigé à la mémoire de cet homme de bien n'est qu'une réparation qui était due à celui qui consacra sa vie entière au soulagement de ses semblables atteints par le plus terrible des maux : la folie.

Pour compléter ce qui précède, voici quelques renseigne-

ments sur l'asile d'aliénés d'Aix, en Provence, que M. le Dr Ph. Rey a bien voulu nous communiquer :

Population aliénée	Hommes.	407
	Femmes	379
	Total.	786

Personnel du Service médical et administratif

Directeur-médecin, traitement 8.000 francs, logé; avantages en nature : chauffage, éclairage.

Médecin-adjoint : traitement 3.000 francs, logé; avantages en nature : chauffage, éclairage.

Deux internes en médecine à 800 francs chacun, logement, nourriture, éclairage, chauffage.

Le service de la pharmacie est fait par un pharmacien de la ville et une religieuse. Le pharmacien reçoit une indemnité de 500 francs.

Receveur-économe : traitement 4.000 francs, logé au dehors, avec une indemnité de 700 francs pour logement; avantages en nature : éclairage et chauffage.

Secrétaire-archiviste, 2.500 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé. Un commis d'économat à 1.400 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé. Deux commis à 1.200 francs, logés, nourris, chauffés, éclairés. Garde-magasins à 1.800 francs.

Personnel de Surveillance (Hommes).

Un surveillant en chef : traitement 1.700 francs, logé, chauffé, éclairé. 35 chefs de quartiers, surveillants, infirmiers et servants, veilleurs, baigneurs. Le traitement de début est 25 francs par mois; le maximum est de 50 francs (nouveau règlement qui prévoit aussi les reposances et pensions de retraite).

Plus 11 employés, chefs d'ateliers, culture et services extérieurs, une surveillante en chef, supérieure des religieuses (congrégation de Saint-Thomas de Villeneuve).

Et 33 surveillantes, infirmières, lingères, cuisinières. Elles reçoivent une indemnité annuelle de 170 francs chacune.

Reposantes :

Deux religieuses dont une est nourrie, logée dans l'asile et ne reçoit aucune indemnité. — La seconde est retirée dans la maison de la congrégation et reçoit 300 francs par an.

Aumôniers :

1° Aumônier catholique, 2.000 francs, logé au dehors;
2° Pasteur protestant, 300 francs, logé au dehors;
3° Rabbin, 300 francs, logé au dehors [1].

Prix de journée. — 1 fr. 20 pour le département des Bouches-du-Rhône; 1 fr. 20 pour celui de la Corse; 1 fr. 35 pour celui d'Alger.

Prix des pensions. — 1re classe, 1.600 francs, 4 fr. 38 par jour; 2e classe, 1,200 francs, 3 fr. 33 par jour; 3e classe, 800 francs, 2 fr. 19 par jour.

L'abonnement au trousseau est de 400 francs par an pour la 1re classe, 300 francs pour la 2e et 200 francs pour la 3e.

Balance du Compte financier de 1898 :

Recettes.	Fr.	460.487 42
Dépenses	»	427.355 67
Excédent de recettes	Fr.	33.131 75

sur lequel il y a à payer pour le service de l'emprunt 26,890 fr. 76 jusqu'en 1902.

Distractions et fêtes de l'Asile.

Spectacles, concerts par les artistes du théâtre et des sociétés musicales de la ville, fêtes champêtres, fête du 14 juillet. Promenades journalières dans le domaine pour les malades qui ne peuvent être occupés au dehors. Corps de musique et société chorale de Mont-Perrin; salle de lecture avec journaux locaux et revues illustrées; bibliothèque de 289 volumes.

Distractions à l'extérieur.

Promenades tous les dimanches et jours de fêtes; visites aux champs de foire et spectacles divers en ville ; sorties individuelles, congés dans la famille.

L'un des événements de la séance du Congrès d'Aix a été l'inauguration de l'*École pour le personnel laïque* de l'asile, surveillants, infirmiers et infirmières, nous disons *laïque* car il n'y a guère de chance pour qu'on voie les religieuses en profiter. Une organisation analogue devrait être introduite dans tous nos asiles publics.

[1] Voilà trois économies qu'il serait facile de réaliser en envoyant les aliénées *tranquilles* de chaque culte suivre, dans leurs temples respectifs, les cérémonies religieuses. Pour la plus grande partie des aliénés, déments, maniaques, idiots, etc., l'intervention religieuse est inutile. (B.)

L'asile d'Aix est parfaitement tenu, ainsi que nous l'avons constaté dans notre visite, avec M. PELLETIER, chef du service des aliénés à la Préfecture de la Seine, dans notre visite particulière du 7 avril. — Nous ne parlerons pas de l'*encombrement* et du remède à y apporter, espérant y revenir prochainement à propos d'autres asiles, mais nous croyons devoir signaler la situation pénible qui est faite aux aliénés de l'Algérie que l'on envoie à l'asile d'Aix. Il y a là une situation barbare à laquelle il conviendrait de remédier d'urgence. Le directeur de l'Assistance publique en France, M. Monod, accomplirait une réforme de premier ordre, vraiment républicaine, c'est-à-dire humaine, s'il prenait l'initiative de la création d'un asile pour nos départements d'Algérie.

Rappelons en terminant les efforts faits par M. Rey pour la création d'un *asile-école* interdépartemental pour les *enfants idiots*, *imbéciles*, *arriérés et épileptiques* de la région. L'administration supérieure, ainsi que nous l'avons déjà dit plusieurs fois, devrait également se préoccuper de cette réforme. Dans ce but, elle devrait préparer le personnel enseignant en créant, nous ne dirons pas une école normale, mais des bourses pour un groupe d'instituteurs et d'institutrices, brevetés, qui passeraient successivement, durant un temps à déterminer, à l'Institution nationale des sourds-muets, à l'Institution nationale des jeunes aveugles ou à l'école Braille, et à l'asile-école des idiots de Bicêtre. La réalisation de cette idée aiderait aussi à la fondation des classes spéciales pour les enfants arriérés. BOURNEVILLE.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Les myélites syphilitiques;* par GILLES DE LA TOURETTE. (Collection des « *Actualités médicales*, J.-B. Baillière et fils.)

Ce petit volume, aussi agréable dans la forme que substantiel dans le fond, constitue une suite de descriptions cliniques enchaînées dans un ordre méthodique et simple qui en rend la lecture facile et l'assimilation certaine. Il sera lu avec plaisir et profit,

aussi bien par l'étudiant à qui il s'adresse spécialement, que par le praticien et même le spécialiste.

L'auteur met en lumière, au début de son travail, toute l'importance pratique de son sujet, en affirmant avec l'autorité qui s'attache à ses travaux, « qu'il reste certainement au-dessous de la vérité en disant que sur dix affections médullaires plus de la moitié reconnait la vérole pour cause immédiate ». — Mais si ces affections découlent d'un même processus anatomo-pathologique, à évolution plus ou moins rapide et généralement connu, les localisations topographiques des lésions affectent une variabilité et une irrégularité qui rendent très difficile la description des types cliniques et cette difficulté se trouve encore augmentée par ce fait « que l'étude à laquelle nous sommes accoutumés des maladies systématiques de la moelle a créé une certaine habitude d'observer, une manière spéciale de raisonner dont l'esprit se défait difficilement ». — « Je ne serais pas étonné, pour ma part, dit M. Gilles de la Tourette, que cette éducation particulière ait nui jusqu'à présent, dans une certaine mesure, aux descriptions, à l'établissement des types cliniques de la syphilis médullaire. »

L'auteur glisse rapidement sur le mal *de Pott syphilitique et les gommes syphilitiques intravertébrales*, dont le diagnostic étiologique relativement facile, impose le traitement, il passe successivement en revue les grandes formes médullaires de la *syphilis acquise* : la *syphilis maligne précoce du système nerveux*, les *myélites aiguës*, les *myélites chroniques*, les *myélites à formes irrégulières*.

La seconde partie de l'ouvrage traite des déterminations spéciales de la syphilis héréditaire : *syphilis héréditaire congénitale*, *syphilis héréditaire précoce et tardive*.

Tous ces chapitres sont à lire en entier. Ils sont enrichis d'observations personnelles dont les résumés judicieux éclairent la bizarrerie et la multiplicité des symptômes cliniques, la difficulté fréquente des commémoratifs étiologiques, l'extrême importance du diagnostic précoce, et la vérification même de ce diagnostic par l'efficacité du traitement spécifique énergique.

Dans une troisième partie l'auteur développe la question du *traitement* : *indications générales*, *médication* (mercure et iodure de potassium à hautes doses . Le mercure devra dans la méthode de choix être administré par les frictions cutanées, dans le cas d'urgence par les injections sous-cutanées. L'iodure de potassium sera absorbé par la voie buccale, dans les cas ordinaires, ou dans les cas d'urgence par la voie sous-cutanée. L'ouvrage se termine par quelques rapides considérations sur la *durée du traitement*, le *traitement général*, l'utilité comme traitement adjuvant dans des cas particuliers de l'*électricité et de la révulsion*, la *médication chez les enfants*.

Je ne saurais mieux faire, en terminant cette importante et trop

courte analyse d'un ouvrage essentiellement pratique, que de citer ces mots de l'auteur : « Croyez-m'en, si vous avez des syphilitiques dans votre clientèle, lorsqu'ils viendront de temps en temps vous consulter et vous demander s'il ne serait pas bon de reprendre le traitement, ne vous bornez pas, ainsi qu'on le fait très généralement, à inspecter leur gorge ou leur tégument cutané, pour voir s'il ne s'y trouve pas quelque lésion en activité. Percutez leurs réflexes rotuliens, il vous arrivera plus souvent que vous ne pourriez le croire, de les trouver exagérés ; demandez alors s'il n'existe pas une sensation anormale de lassitude après une station debout un peu prolongée, si la course n'est pas difficile, si la miction ne nécessite pas des efforts. Et si vous relevez quelques-uns de ces symptômes dont le malade oubliait même de vous parler, intervenez activement : « Vous ferez de bonne et utile besogne, vous couperez en herbe des myélites qui allaient évoluer dans le sens spasmodique. » R. CHARON.

II. *Kliniske og aetiologiske studier over psykiske udviklingsmangler hos born* (Etudes cliniques et étiologiques sur le développement défectueux de l'intelligence chez les enfants) ; par Carl LOOFT, docteur en médecine. Bergen, Norvège, 1897.

Dans le premier chapitre de ce livre de 184 pages, l'auteur a décrit l'*idiotie* et l'*imbécillité* en général avec les renseignements spéciaux à ces états chez les enfants norvégiens. Il a trouvé, que 20,6 p. 100 des garçons idiots et imbéciles (328 examinés) étaient épileptiques et 12,1 p. 100 des filles (249 examinées). Il a trouvé, que l'esprit, l'humeur et le moral et tous les instincts sont plus souvent altérés chez les idiots et imbéciles épileptiques que chez es mêmes non épileptiques, 38 p. 100 des garçons et 31 p. 100 des filles étaient des héréditaires.

11,27 p. 100 des idiots et imbéciles et 7,7 p. 100 des filles avaient eu des convulsions infantiles, mais celles-ci n'avaient point, en aucun cas, paru plus tard que dans la 14e année.

Dans le second chapitre l'auteur a décrit les *arriérés*, qu'il a examinés dans les écoles publiques de Bergen (Norvège), il a aussi fait la craniométrie et le mesurage du thorax et du corps des arriérés et il a trouvé que tous les arriérés étaient moins développés que les enfants normaux du même âge; ils avaient tous des signes de rachitisme, qu'il a trouvés être la cause aussi du développement défectueux des enfants arriérés.

16,8 p. 100 étaient des héréditaires et en 20,3 p. 100 des cas les maladies infectieuses chroniques et les intoxications (alcooliques) étaient les causes de la maladie.

Dans un autre chapitre (p. 92), l'auteur a décrit l'idiotie myxœdémateuse (l'idiotie crétinoïde). Après avoir rappelé les travaux du

Dr Bourneville et des autres médecins français et anglais (Ireland, Teleford-Smith, etc.), il publie cinq observations personnelles, les premières qui ont été notées en Norvège, où il semble que ces idiots ne sont pas aussi rares qu'on le croyait autrefois. — Le crétinisme endémique n'existe pas en Norvège.

Dans les derniers chapitres sont exposés les résultats des études de l'auteur sur l'étiologie de l'idiotie et de l'imbécillité se basant sur 539 observations.

Il a trouvé : 1° que l'hérédité mentale était la cause dans 17,4 p. 100; 2° l'alcoolisme chez les parents de 3,7 p. 100 et 3° la tuberculose chez les parents de 9,1 p. 100; 4° la naissance pénible et difficile, à l'accouchement, ont été les causes de l'idiotie dans quelques cas (0,7 p. 100).

Dans un district de la Norvège (Bergens stift) l'auteur a trouvé que les premiers-nés inanimés étaient les plus nombreux parmi les idiots; en un autre district (Hamar stift) la première et la quatrième cause; en un troisième district (Kristiansands stift) la troisième et la deuxième étaient les plus fréquentes.

Les naissances de jumeaux et de trois jumeaux sont très fréquentes dans les familles où sont des idiots.

En Norvège l'auteur a trouvé jusqu'à 10 et 14 p. 100 des naissances de jumeaux dans les familles où sont des idiots; dans les autres familles on ne trouve que 1,3 p. 100; dans 4 à 5 p. 100 des cas l'idiot était lui-même un jumeau.

Le rachitisme est, en Norvège, très souvent la cause de l'idiotie et de l'imbécillité. L'auteur a examiné à propos de cette question (p. 145-156), 76 enfants très rachitiques et il a trouvé que l'intelligence était très peu développée chez 59 d'entre eux. Chez 19,4 p. 100 d'idiots et d'imbéciles — 539 — il a trouvé le rachitisme comme cause de l'état morbide.

L'auteur a fait des examens sur l'hygiène de l'enfance dans 10 districts divers de Norvège et il a fait le parallèle de celle-là et de la fréquence de l'idiotie et de l'imbécillité (p. 166 et 167); là où l'hygiène de l'enfance est mauvaise, où on trouve beaucoup d'enfants rachitiques, où les convulsions infantiles sont fréquentes, et la mortalité des nourrissons grande, on rencontre aussi le plus grand nombre d'idiots et d'imbéciles.

Les chiffres que l'auteur a empruntés à la statistique officielle norvégienne et les courbes qu'il a dessinées, démontrent les corrélations. En Norvège, les garçons idiots et imbéciles sont plus nombreux que les idiotes et les imbéciles (filles).

VARIA.

La diminution de l'emploi de l'alcool et ses résultats en Norvège [1].

La production indigène de l'alcool, calculée à 50 p. 100 d'alcool pur, a varié entre 7.868.000 litres en 1891, 4.943.000 litres en 1883 et 5.976.000 en 1896. Les quantités employées dans l'industrie et aux usages pharmaceutiques ont atteint leur maximum, en 1876, avec 12.268.000 litres et leur minimum, en 1896 avec 4.229.000 litres, provenant surtout de l'importation, qui a largement dépassé l'exportation de ces mêmes produits. La quantité d'alcool par habitant a varié de 6,7 litres en 1876 et 2,3 en 1896.

La consommation de la bière a varié de 432.061 hectolitres en 1891 à 214.261 hectolitres en 1871, et a été par habitant de 23,2 litres en 1854, 19,8 en 1894, 17,7 en 1895 et 16,2 en 1896.

L'importation du vin, grâce à la modification des droits de douane pendant ces dernières années, a été en augmentant et a remplacé l'alcool dans la consommation. L'importation, qui était en moyenne de 1.672.500 litres pendant la période 1881-1885, a atteint 2.967.300 litres en 1895 et 5,606.000 en 1897, portant principalement sur des gros vins à bon marché qui remplacent l'alcool dans la consommation; cependant au commencement de 1898 l'importation semble s'être un peu ralentie.

Une diminution sensible a été constatée dans le nombre des accidents causés par l'alcoolisme depuis les quarante dernières années, dans les campagnes plutôt que dans les villes; les décès causés par l'alcoolisme comptés pendant des périodes quinquennales depuis 1856 jusqu'à 1896, ont été de 33, 22, 24, 29, 18, 10, 8 et 10,5 pour 10.000.

Pendant la période de 1856 à 1890, 13,7 p. 100 des aliénés étaient des alcooliques; ce nombre a été ensuite en diminuant et descendait à 7,6 p. 100 en 1891 et à 4,4 p. 100 en 1893. Les suicides, qui avaient été en augmentant de 1826 à 1850, ont diminué depuis; ils avaient été pendant la période 1846-1850 de 109 par million d'habitants et par an, et pendant les trois périodes quinquennales 1881-1896, ils sont descendus à 68, 66 et 65 par million d'habitants

[1] D'après le *Reichsanzeiger* du 14 décembre 1898 et la *Meddelelser fra det statistiské centralbureau.*

et par an. La durée moyenne de la vie semble aussi avoir augmenté.

La criminalité a également baissé : elle était en moyenne par an de 194,5 par 100.000 habitants pendant la période de 1851 à 1855, elle n'était plus que de 180,3 pendant la période 1871-1874 et de 142,1 pendant la période 1891-1894. (*Bulletin de l'Office du Travail* de février 1899.)

Un fou furieux a la Salpêtrière.

Un placier, Charles Simonnet, âgé de vingt-six ans, demeurant 28, rue Broca, atteint de la folie de la persécution, se présentait, hier matin, à la visite de l'hospice de la Salpêtrière, et demandait à voir immédiatement le médecin consultant, afin que celui-ci le mît dans un cabanon pour le soustraire à ses persécuteurs. Comme on n'obtempérait pas à son désir, il entra dans une indicible fureur et se précipita dans la salle de visite où se trouvait M. le docteur Voisin et engageait avec les infirmiers une lutte terrible au cours de laquelle tout fut bouleversé dans la salle, causant un vif émoi parmi les personnes venues à la consultation. On dut mettre la camisole de force au malheureux qui, sur un certificat du docteur, fut dirigé en hâte sur l'infirmerie spéciale du dépôt. (*Le Soleil* du 28 mai 1899.)

Pourquoi ne pas l'avoir dirigé de suite sur l'*Asile clinique* puisqu'il n'y avait pas de doute sur la réalité de la folie, au lieu de le trimballer à l'infirmerie du dépôt et de là audit Asile clinique ?

FAITS DIVERS.

Un bébé tué par une fillette. — Le *Petit Parisien* du 22 mai publie la dépêche suivante d'Alger :

Il y a quelques jours, disparaissait un bébé de trois ans, le jeune Etienne Grecco, fils d'un jardinier employé à la ferme Raphaël, près d'El-Affroun ; après de longues recherches restées infructueuses on eut l'idée de vider un immense bassin servant à alimenter des alambics destinés à distiller du géranium ; un spectacle horrible s'offrit à la vue : le cadavre gisait au fond du réservoir, presque méconnaissable ; toute idée d'accident devait être écartée, car ce bassin qui s'élève à deux mètres au-dessus du sol est hermétiquement fermé.

Pendant que la gendarmerie procédait à une enquête, le jeune René, fils du fermier Kaci, est venu déclarer au brigadier que c'était sa sœur Thérèse qui avait jeté le petit Etienne dans le réservoir et avait aussitôt refermé le bassin, menaçant son frère de mort s'il la dénonçait.

La petite Thérèse, âgée de douze ans, qui à ce moment se tenait cachée chez son père, ayant été appelée, a avoué son crime, et, comme on la questionnait sur le mobile qui l'avait fait agir, elle a répondu cyniquement : — C'est une idée comme cela !

La jeune criminelle issue d'un père arabe et d'une mère espagnole, est le vice incarné; on devait même l'enfermer dans une maison de correction à la suite d'un vol important qu'elle avait commis récemment.

Trois évadés de Ville-Évrard. — Trois individus se présentaient hier, dans l'après-midi, chez M. R..., marchand de vin, rue Princesse, et demandaient des absinthes. Ils n'avaient point de chapeau, l'un des trois était même vêtu simplement d'une chemise, d'un pantalon et de sandales. Mais, comme ils avaient demandé leurs consommations poliment, le marchand de vin les servit. Ils ne se disaient entre eux pas un mot. Ils burent lentement.

Mais, lorsque l'alcool de la dangereuse boisson eut opéré son effet, voici que les trois hommes se lèvent poussant des cris incohérents, lancent verres et bouteilles contre les glaces, puis assaillent le marchand de vin, qui tombe bientôt atteint à la joue gauche par un verre cassé, perdant le sang. Les consommateurs s'affolent, appellent les gardiens de la paix. Il fallut tout le poste de permanence de la mairie du sixième arrondissement pour se rendre maître des trois énergumènes. On les conduisit chez M. Lagaillarde, commissaire de police du quartier de l'Odéon, qui les interrogea.

Calmes par instants, puis redevenant furieux sans motif et menaçant le magistrat, ils contèrent leur odyssée. Louis Œillet, Georges Charron, Jean Berlet, âgés de trente à trente-cinq ans, se sont échappés de l'asile de Ville-Evrard vendredi dernier, au matin. Ils ont gagné par le Perreux et Nogent-sur-Marne, le bois de Vincennes, dans les fourrés duquel ils ont couché depuis lors; ils ne se sont nourris que des débris de victuailles et de pain, laissés dans les clairières par les promeneurs du dimanche et les rôdeurs. Lassés de cet ordinaire, et surtout poussés par un besoin irrésistible de boire de l'alcool, ils quittèrent le bois hier matin, rodèrent par la ville, sans manger, toute la journée, et se décidèrent, vers quatre heures, à entrer dans le débit de la rue Princesse. M. Lagaillarde a fait diriger ce matin sur la préfecture de police les trois évadés, qui regagneront ce soir l'asile. (*Le Temps* du 24 mai 1899). — Signalons que le *Temps* met les noms des malades en toutes lettres.

Contre l'alcoolisme. — Frappés des dangers que fait courir à nos populations bretonnes l'usage immodéré de l'alcool, les médecins de la marine résidant à Brest et les médecins du département du Finistère viennent d'adresser à leurs compatriotes un appel dans lequel ils déclarent que, ne pouvant rester spectateurs impassibles du fléau, ils veulent éclairer les pouvoirs publics et prévenir leurs concitoyens des dangers qu'ils courent. Cet appel se termine ainsi :

« Nous adressons aux pouvoirs publics, tant civils que militaires, un respectueux mais énergique appel, les sollicitant par tous les moyens en leur pouvoir, de mettre un terme à l'invasion du pays par l'alcool et de s'opposer à la dégénérescence nationale, certaine et prochaine, si des mesures efficaces ne sont pas bientôt prises. Nous adressons à nos compatriotes les plus chaleureuses, les plus pressantes, les plus patriotiques exhortations, les suppliant, s'ils veulent que la France reste la France et que leurs fils puissent encore être français, de se garder de l'alcool et des apéritifs comme des plus dangereux de tous nos ennemis. » (*Le Temps* du 24 mai 1899.)

Morphinomane. — Deux gardiens de la paix ont surpris, hier, après-midi, dans un édicule de la cour de Rome, à la gare Saint-Lazare, une jeune femme paraissant âgée de trente ans, grande, l'air distinguée qui, s'étant presque complètement déshabillée, se faisait des piqûres de morphine sur le haut du corps... Conduite au commissariat spécial de la gare, la malheureuse, qui tenait à peine debout, déclara qu'elle était résolue à en finir avec la vie... que des chagrins « mystérieux » la rongeaient, etc... Elle a donné comme identité : Mme Marchand, de l'Ermitage de Saint-Joseph, demeurant rue de Flandre. M. Escourroux, commissaire spécial, a fait transporter la pauvre malade à l'hôpital Beaujon, où elle a été admise d'urgence. (*La Lanterne* du 30 mai 1889.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Haslé (L.). — *Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie.* — Volume in-8° de 86 pages. — Prix : 2 francs. — Pour nos abonnés : 1 fr. 35. — Bureaux du *Progrès Médical.*

Hirdlicka (A.). — Anthropological investigations on one Thousand White and Colored Children of Both Sexes. The Inmates of the New-York Juvenile Asylum. — Volume in-8° de 86 pages, avec 12 figures. — New-York, 1899. — Wynkoof Hallenbeck Crawford C°.

JACINTO DE LEON. — *Polineuritis dolorosa toraco-braquial.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Montevideo, 1898. — Imprenta de « El Siglo ».

KENDE (M.). — *Die actiologie der Tabes dorsalis.* — Brochure in-8° de 32 pages. — Extrait du *Zeitschrift für Klin. Medicin.*

KIRCHHOFF (T.). — *Grundiss der psychiatrie für studierende und äryte.* — Volume in-8° de VI-361 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Leipzig und Wien, 1899. — F. Deuticke.

LAMBOTTE (A.) et SANO (F.). — *Section partielle du nerf médian. Suture. Restauration fonctionnelle.* — Brochure in-8° de 4 pages. — Bruxelles, 1899. — Extrait du *Journal de Neurologie.*

MARCHAND (L.). — *Pouls et température dans les accès épileptiques, les vertiges épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques.* — Volume in-8° de 96 pages. — Paris, 1898. — Librairie Carré et Naud.

MILLS (Ch.-K.). — *Some points of special interest in the study of the deeps reflexes of the Lower extremities.* — Brochure in-4° de 30 pages, avec 7 figures. — Philadelphia, 1899. — Chez l'auteur.

NOGUÈS (E.) et SIROL (J.). — *Un cas fruste de tabes combiné.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Toulouse, 1899. — Imprimerie Marquès et Cie.

NOGUÈS (E.) et SIROL (J.). — *Un cas de maladie d'Aran-Duchenne à marche anormale.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Toulouse, 1899. — Imprimerie Ed. Privat.

NOGUÈS (E.) et SIROL (J.). — *Maladie de Thomsen à forme fruste avec âtrophie musculaire.* — Brochure in-8° de 7 pages, avec une planche hors texte. — Paris, 1899. — Librairie G. Masson.

PLAIGNARD-FLAISSIÈRES (H.). — *L'état mental dans le goitre exophtalmique.* — Volume in-8° de 115 pages. — Montpellier, 1899. — Imprimerie Firmin et Montane.

Rechenschaftsbericht über die zürcherische Kantonale Irrenheilanstatt Burghölzli für das Jahr 1898. — Zurich, 1899. — Buchdruckerei Berichthaus (Vorm. Ulrich und C°).

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire du numéro de mai 1899 (24e année). — F. LE DANTEC : La théorie biochimique de l'hérédité. — GOBLOT : Fonction et finalité (1er article). — J. PHILIPPE : La conscience dans l'anesthésie chirurgicale. — DUGAS : La dissolution et la conservation de la foi. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Abonnement du 1er janvier : Un an, Paris, 30 francs ; départements et étranger, 33 francs. — La livraison 3 francs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

SANO (F.). — *Het Zenuwstels van den Mensch. Eerste les Geschiedkundig overzicht.* — Brochure in-8° de 24 pages.

SANO (F.). — *Un cas de paralysie d'origine scarlatineuse.* — Brochure in-8° de 5 pages. — Bruxelles, 1899. — Extrait du *Journal de Neurologie.*

SAJOUS (Ch.). — *Annual and analytical cyclopaedia of practical medicine.* Tome II, relié en 2 volumes formant ensemble 608 pages, avec figures et planches hors texte. — New-York, 1898. — Davis , publishers. — C'est là une très belle publication sur laquelle nous appelons toute l'attention de nos lecteurs.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

— *Jusqu'au* 31 *décembre, la collection complète des* **Archives de Neurologie** *sera livrée à nos nouveaux abonnés au prix de* **cent vingt** *francs, y compris l'abonnement de* 1899. — *A partir du* 1er *janvier* 1900 *le prix de la collection complète* (1880-1899) *sera porté à CENT CINQUANTE francs.*

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS. — *Nous rappelons à nos abonnés, aux auteurs et aux éditeurs qu'il est rendu compte dans les* **Archives** *de tous les ouvrages dont il est envoyé* DEUX EXEMPLAIRES. *Les ouvrages dont il ne sera adressé* QU'UN EXEMPLAIRE *seront simplement annoncés.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 799

Vol. VIII. Août 1899. N° 44

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

L'IDÉE FIXE[1];

Par le Dr P. KERAVAL.
Médecin directeur de l'asile d'Armentières (Nord).

2° *Idée fixe dans la mélancolie.* — Les idées fixes sont en général favorisées ici par ce fait que l'idéation du mélancolique est circonscrite et limitée. Mais, en même temps, en certains cas, il s'y associe des conceptions délirantes, et il existe une sorte de systématisation. Les idées fixes sont en outre, en tout cas, douloureuses et ressemblent quelquefois à des obsessions.

En effet, le trouble et l'arrêt dans le débit des idées sont favorables au développement des obsessions et des idées fixes.

C'est dans ces espèces-là que l'affectivité sera au plus haut point atteinte, puisque la mélancolie même en est la maladie.

Observation IV. — *Idée fixe dans la mélancolie hypochondriaque : syphilophobie.* (Thèse Laurent, p. 64.)

R..., trente-trois ans, journalier, célibataire, prédisposé héréditairement. Depuis quelque temps, le malade dépérit, devient déprimé, peureux, croit qu'il va mourir, se sent abattu, tourmenté d'angoisse cardiaque, se plaint de troubles divers et redoute d'être atteint de la syphilis. De plus en plus déprimé, des actes d'anxiété se produisent ; le malade est rempli de l'inquiétude qu'avec son corps pourri, il va infecter tout le monde ; il passe son temps à regarder ses parties génitales, craint qu'on ne les lui

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 43, t. VIII, p. 1, 1899.

coupe, attend sa mort par pourriture et décomposition. Il vit dans des émotions épouvantables et ne mange que par contrainte, se disant indigne de vivre.

Au physique, leptocéphalie, grande anémie, nutrition ralentie, du reste pas de traces de syphilis.

Sous l'action d'un traitement reconstituant et antisyphilitique, le malade se remet peu à peu, la tension anxieuse disparait, l'amélioration persiste et tend vers la guérison.

Observation V. — *Mélancolie avec idées de suicide.* (Selle, *loco citato.*)

Homme de quarante-deux ans, dépourvu de tare héréditaire. A eu une blennorrhagie en 1890. Très sombre, il se considère comme un homme très coupable et fait des tentatives de suicide. Continuellement déprimé, désespéré, il est en proie à des hallucinations de la vue. Prend part aux distractions des malades et travaille assidûment. Il refuse de retourner chez lui, parce que, dit-il, il est atteint d'une *maladie sexuelle incurable.* Il tient absolument à cette idée *prévalente*, et s'agite quand on lui dit que le médecin n'a constaté aucun signe de celle-ci. Il s'y cramponne plus que jamais, malgré l'insistance des siens à le faire retourner chez lui. En dehors de ce thème, il est laborieux, gai, paisible.

3° *Idée fixe chez les dégénérés.* — Ou bien elle débute brusquement, et présente une évolution courte, ou bien elle a une marche chronique ; ou enfin, elle se montre à l'origine du délire systématisé des dégénérés.

Observation VI (Legrain). — *Dégénéré. Idée fixe ambitieuse d'apparition brusque. Durée courte. Guérison.*

P..., Julien, trente ans.

Vers le milieu de novembre 1885, P... se trouve quelque ressemblance avec le Prince Impérial, et il lui vient l'idée de se faire passer pour ce dernier. Il s'accoutume peu à peu à cette idée et se l'assimile si bien que, persuadé que Napoléon IV existe, que les récits concernant sa mort sont mensongers, il écrit à l'Impératrice en lui envoyant sa photographie, pour lui apprendre la vérité, pour lui dire que son fils lui est rendu. Voici la lettre qui édifiera amplement le lecteur sur l'état mental de P... et sur la nature de son délire. Nous lui laissons son style et son orthographe :

« *A Sa Majestait Eugénie, Impératrice des Français, à Chislehurst;*

« Ma chère mère,

« Je viens vous apprendre l'heureuse nouvelle que votre fils

existe; pour mieux vous rassurer, il vient de se faire photographier à l'électricité avant d'aller au lit. Voilà six ans que vous n'avez entendu parler de lui : j'ai quitté l'Afrique le 2 décembre 1879 pour me diriger vers l'Autriche, Vienne. Arrivant de là, j'ai attrapé une grave maladie. Si, après la victoire, je n'ai pas démenti ma mort, c'est que pour mon malheur, j'ai appris par la voix des journaux que ma très chère mère a constaté ma mort, et pour ne pas la compromettre, j'ai préféré souffrir et me faire l'esclave d'un autre. J'ai quitté Vienne le 5 juillet, pour me rendre en Algérie. Arrivé le 9 juillet 1880 à Vintimille, je vois un pauvre jeune homme bien triste, assis sur une banquette; je lui dis : « Que faites-vous là? » — « Je parle deutsch, j'arrive de Vienne, et je suis né le 27 février 1863, à Presbourg (Hongrie); je vais trouver un de mes oncles, qui est établi horloger-bijoutier à Marseille, une maison très importante. Je suis horloger de mon état, et je vais travailler chez lui. » — « Le connais-tu ? » lui dis-je. — « Non, il m'a vu qu'à deux ans. » — « C'est bien. » — Il me ressemblait assez, et je lui propose de me donner ses papiers et son passe-port; il accepte, et je lui donne tout mon bien. Je l'ai quitté le 8 juillet pour aller à Marseille. Arrivant à la gare le 11 juillet, tous ses parents m'attendait; je les ai reconnu d'après la photographie, et m'ont amené à la maison, croyant que j'étais leur neveu qui avait travaillé dans l'horlogerie 5 ans, et moi qui n'avait pas l'habitude, je n'arrivait à faire grand chose, je ne pouvais donc pas me bien récomporter tout le temps, et ils me cherchaient dispute et me traitaient tout sorte de chausses et ce qui était le plus embêtent est qu'il fallait parler que le deutsch pendant un an, parce que l'autre jeune homme qui est mort aujourd'hui, ne savait parler que le deutch. Enfin, je suis resté 4 ans dans la maison, et vous dire ce que j'ai souffert! Pendant un an j'ai voyagé dans les provinces de France; j'ai quitté Marseille le 28 août 85 pour aller à Presbourg, lieu de naissance de ce jeune homme pour lequel j'ai passé. Arrivant à Vienne le 3 septembre 1885, j'ai cherché une occupation, malheureusement je n'ai rien trouvé. J'ai quitté le 12 octobre pour venir à Paris. Enfin, maintenant, ma très chère mère, je souffre le martyre de ne pas vous voir, car je suis dans une situation pitoyable. J'espère que vous me tendrez la main, à votre fils, qui n'a cessé de penser à vous, et qui vous aime.

« J'ose espérer, ma très chère mère que vous accepterez cette lettre de bon accueille, et que vous voudrez recevoir les baisers d'un fils qui vous aime tendrement.

« Votre fils dévoué,

« NAPOLÉON,

« Prince Impérial des Français. »

« Voici mon nom sous lequel j'ai toujours voyagé :

« Jules P..., 5, rue...., Paris.

« Maintenant, ma très chère mère, si vous voulez venir à mon aide, ici de me dire ce qu'il faut faire. M. Rouher où est-il? Il n'est pas à Paris. Ne fait pas attention à la lettre, je fais écrire par un enfant, car je suis très faible. »

Il est inutile d'insister sur le tissu d'inconséquences que contient cette lettre, ni sur l'absurdité des subterfuges employés par le malade pour convaincre l'Impératrice de son identité. Le 1er décembre 1885, n'ayant pas reçu de réponse à sa lettre, il se rend à la Préfecture de police, et se présente au bureau de l'officier de paix de la première brigade des recherches. Après avoir été introduit, il s'exprime ainsi : « Monsieur, je suis le prince impérial et je voudrais savoir si ma lettre, adressée par moi à l'impératrice Eugénie, ma mère, est bien parvenue à destination. Je n'ai reçu aucune réponse et je viens vous prier de faire des recherches. Oui, je suis le prince impérial, fils légitime de S. M. Napoléon III et de l'impératrice Eugénie. Au mois de mai 1879, j'ai quitté l'Angleterre pour aller combattre les Zoulous. On m'a cru mort, je n'étais que blessé et prisonnier, et j'ai pu me sauver déguisé en Zoulou. » Toutes ces divagations étaient dites avec beaucoup de lenteur et de calme.

Conduit au dépôt de la Préfecture, il est arrivé à Sainte-Anne le 2 décembre. P... présente l'attitude extérieure et les signes physiques de la dégénérescence mentale : oreilles très écartées de la tête et très développées, lobule sessile, etc. Sa physionomie rappelle, en beaucoup de points, celle du prince impérial; on le lui avait probablement dit quelquefois. Il a toujours été mal équilibré; il était peu stable dans les maisons où on l'occupait. Il travaillait très irrégulièrement et laissait facilement le travail pour aller s'amuser. Très peu intelligent, sa conversation était naïve et niaise.

A son arrivée à Sainte-Anne, il pleure et se lamente, déclare formellement être le prince impérial et ajoute que M. Rouher devrait bien lui rendre des comptes, car il est sans ressources.

Il suffit de deux jours pour que le délire disparaisse.

Dès le 4 décembre, P... est tout confus et essaie, par divers artifices, d'expliquer son délire. « C'est une bêtise que j'ai faite, dit-il, je ressemble un peu au prince impérial. Je ne voulais pas être prince, car on se serait aperçu de l'erreur à mon manque d'instruction française. » Il prétend qu'on lui a fait dire qu'il était le fils de l'Empereur et qu'une fois la chose dite, il l'a soutenue devant les médecins.

Dans la suite, chaque fois qu'on lui parle de son idée ambitieuse, on semble lui être particulièrement désagréable; il soutient

qu'il n'y a rien de vrai et qu'il n'a jamais voulu se faire passer pour ce qu'il n'était pas. La guérison se maintient et le malade est rendu à la liberté.

OBSERVATION VII (LEGRAIN). — *Débile. Idée fixe à forme mystique. Délire religieux. Evolution chronique.*

S..., Elie, trente-quatre ans, entre à l'admission de Sainte-Anne le 18 octobre 1885. Il vient de la prison de Mazas où il subissait une prévention pour vagabondage. Une ordonnance de non-lieu a été rendue. Son attitude, à l'arrivée, est bien caractéristique. Tantôt il prend des poses de prédicateur et déclame des versets de la Bible qu'il accompagne de commentaires appris par cœur, avec une intonation spéciale dont la monotonie est rompue parfois par des éclats de voix dans les passages pathétiques. Il a des larmes dans la voix et ses accents dénotent une conviction profonde.

D'autres fois, il tombe dans une sorte d'extase; il prend des airs penchés et inspirés; la tête, après avoir subi quelques oscillations, tombe sur une épaule, et les yeux, tournés vers le ciel, s'humectent de larmes. Pendant cette attitude contemplative, les bras pendent le long du corps; le malade a l'attitude résignée. Il fait part de son désir de contribuer à l'œuvre d'évangélisation. Dieu lui dit de suivre ses pensées. Il lui apparait sous la forme créatrice. Il ne le voit pas réellement, il n'entend pas sa voix; mais il se sent possédé et inspiré par lui.

Voici en quelques mots l'histoire de ses antécédents héréditaires et personnels :

Antécédents héréditaires. — Côté paternel : grand-père un peu buveur ; père, soixante-huit ans, un peu emporté ; un oncle buveur.

Côté maternel : grand'mère, intelligence très ordinaire, loquace : au village, elle s'occupait de l'art de guérir et connaissait beaucoup de recettes contre les maladies. La mère, cinquante-huit ans, très émotive, grande faiblesse de caractère. Un cousin germain faible d'esprit, idées mystiques. Dans les assemblées, il se levait et annonçait l'évangile; il parlait au milieu de tout le monde sans permission; on le traitait d'innocent.

Histoire du malade. — Jusqu'à seize ans, peu de chose à signaler. D'une intelligence très débile, il se faisait remarquer par une timidité exagérée. Il avait déjà des sentiments de piété. De temps en temps, il se masturbait seul. L'onanisme a d'ailleurs persisté très longtemps, même après le mariage; il ne pouvait avoir de relations avec sa femme. Etant enfant et plus tard, pendant le service militaire, il se rappelle très bien avoir voulu ramener ses camarades et même ses supérieurs au respect de Dieu. D'ailleurs, ces accès de prosélytisme ne duraient pas longtemps, car on se moquait de lui.

Il y a plusieurs années, en 1878, en travaillant dans les caves d'un marchand de vins, il eut des accidents d'intoxication alcoolique, dus en grande partie aux vapeurs qu'il respirait. Il rêvait qu'il tombait dans un bassin, qu'il roulait dans l'eau, qu'il passait dans des tuyaux ; sensations de chutes. Pendant plusieurs jours, il éprouva des étourdissements, des lourdeurs de tête; les idées s'embrouillaient : il allait et venait automatiquement. Il était devenu très triste et voulait se débarrasser de la vie. C'est alors qu'il se fit avec un rasoir des entailles au bras gauche et aux deux jambes, vers le cou-de-pied. Il pensait, dit-il, être plus tôt réuni à Dieu. Dans une lettre, il avait annoncé sa résolution d'en finir avec ses jours; il priait un ami de payer ses dettes. Il croyait aller au ciel pour préparer, avec le Seigneur Jésus, des places à cet ami, à tous ses parents et aux chrétiens. Ces accidents durèrent peu de jours (mai 1878).

En juillet de la même année, il se marie. A cette époque, il commence à s'occuper plus que jamais de l'évangélisation des masses. A Neuchâtel, l'esprit de Dieu agissait sur lui. « Certes, dit-il, ce n'est pas moi qui agissais. » Il quittait son travail et allait au dehors propager l'Evangile. Il se rendait auprès des employés de la police et leur demandait : « Vous ne connaissez pas le Seigneur ? » Il n'a jamais entendu par les oreilles la voix de Dieu; c'est par la pensée que celui-ci se manifestait à lui.

En 1882, il revient au pays natal sur le conseil de sa femme. Il ne travaillait plus suffisamment pour entretenir son ménage; il n'était plus occupé que de l'évangélisation et ne s'attirait que des sarcasmes. Il ne reste pas dans sa famille; il vient à Montauban, colportant çà et là des bibles, dont il étudiait chemin faisant des passages. A Montauban, il reste environ cinq mois, travaillant dans la journée, et le soir, passant son temps à évangéliser les voyageurs qui descendaient à l'auberge. Il est persuadé qu'il accomplissait un devoir, en quittant sa femme et sa famille, et en parcourant les routes, la Bible à la main.

Il se rend ensuite à Genève, en faisant la route à pied, portant un violon. En route, quand il passait dans un village, il réunissait les habitants, les enfants surtout, et leur chantait des cantiques, en s'accompagnant sur son instrument. Puis il faisait en public la lecture de la Bible et la commentait. Il vivait de mendicité. Comme ses prédications étaient peu lucratives, il faisait danser. A Genève où il arrive en 1884, il est arrêté comme vagabond, puis expulsé.

Revenu dans sa famille, il recommence à travailler, sans abandonner pourtant ses occupations religieuses. Puis, dans le courant de 1885, repris de son humeur vagabonde, il part, vient à Paris, en passant par la Suisse. Il déclamait sur les routes, faisant de la propagande pour l'Armée du Salut, récoltant des abonnements

pour le journal : *En Avant!* se faisait donner de la nourriture et des vêtements pour prix de ses exhortations. A Paris, il voulut vivre des mêmes expédients, mais il ne tarda pas à être arrêté comme vagabond.

Pendant son séjour à Sainte-Anne, du 13 octobre au 21 décembre, il conserve la même attitude. Il n'a aucune conscience de son état. Parfois, on le surprend dans un coin, en compagnie d'autres malades, qu'il a rassemblés autour de lui, et auxquels il récite des sermons appris par cœur. D'autres fois, il nous poursuit, et nous demande de vouloir bien l'écouter, ou de lui indiquer les versets qu'il doit apprendre.

Malgré notre insistance, il n'arrive pas à comprendre qu'il doit abandonner son existence de vagabondage, travailler pour vivre, et rappeler sa femme auprès de lui. Il s'est attiré de la part des chefs de l'Armée du Salut de sévères admonestations et une inculpation d'escroquerie, relativement aux placements du journal : *En avant!* Il ne se croit pas coupable, ainsi qu'il l'indique dans le passage suivant d'une de ses lettres : « Je ne puis que maintenir ce que je vous ai déjà dit, que j'ai reçu de la part de toutes les personnes qui ont bien voulu m'accorder soit de l'argent, soit de la nourriture, soit des vêtements qui pouvaient m'être utiles pour mon voyage. Mais cela peut-il être considéré comme flagrant délit d'escroquerie? Je ne le crois pas du tout, car le Seigneur lui-même nous dit : tout ouvrier est digne de son salaire. Et d'après ces paroles, je me trouvais donc digne de recevoir des personnes qui ne me refusaient pas de tendre attentivement l'oreille à mes exhortations touchant les principes des saintes écritures, que j'ai eu à cœur de leur annoncer. »

Il est dirigé sur Vaucluse dans le même état.

Observation VIII (Krafft-Ebing). — *Dégénérée. Idée fixe à forme érotique. Evolution chronique.*

L.... Rose, quarante-cinq ans, est née d'un père religieux, excentrique et psychopathe. — Puberté à l'âge de douze ans, sans aucun malaise. — Règles régulières. — Jamais de conception.

Elle se maria à l'âge de seize ans. Le mariage ne fut pas heureux. Elle prétend qu'à la suite d'une querelle de ménage, elle n'adressa pas pendant quatre ans la parole à son mari. Après sept ans de ménage, elle devint veuve. Elle vécut alors dans des conditions modestes mais bien rangées; elle adopta deux enfants étrangers, une fille qu'elle appelait « son petit brillant » et un garçon qu'elle désignait sous le nom de « cousin doré ».

La malade parait une personne exaltée et originairement excentrique. De tout temps, elle eut beaucoup de goût pour la poésie, la musique, le théâtre, mais pourtant n'embrassa pas la carrière théâtrale parce que la position de comédienne ne lui paraissait

pas assez distinguée. Elle se peint elle-même comme une femme ayant le cœur très tendre, très romanesque, sensible au bon et au noble. Elle aurait été toujours bien portante. Pas de traces d'hystérie.

Il y a cinq ans, elle fit dans le cercle de ses amies la connaissance d'un officier de grade supérieur. Il fit sur elle une profonde impression. Comme une fois il l'appela bonne et gentille femme (elle le prétend, du moins), demanda plus tard de ses nouvelles, lui faisait dire le bonjour, elle crut qu'elle aussi ne lui était pas indifférente. Obsédée par cette idée fixe, elle se rapprocha de lui, lui envoya sa photographie, son adresse, des cadeaux, lui écrivit des lettres. Tout revenait sans avoir été décacheté, et dans la rue ce monsieur évitait soigneusement de la rencontrer. Elle en éprouva un profond chagrin et pourtant elle ne put vaincre son profond amour pour son « sanctuaire ».

Un jour, elle remarqua que cependant, son « sanctuaire » la désavouait publiquement; il y avait dans le journal, des annonces adressées à elle. Elle reconnut au style, à de petits riens, par les initiales des deux noms, que les annonces venaient de lui et lui étaient adressées!

Ainsi elle lut un jour : « Peux-tu songer à un cœur saignant qui ne peut guérir que par ton traitement? » Nouvelles tentatives de rapprochement, lettres, etc., dont le résultat fut une annonce peu polie dans le journal : « Que ne me laissez-vous pas tranquille! Pas de réponse est aussi une réponse ». Alors elle fit insérer : « Dans mon cœur il pourrait devenir fort ». Il y eut de nouveau réponse grossière et enfin une réconciliation par « Myosotis ». Comme réponse à une nouvelle annonce : « Conserve-moi mon sanctuaire, ma lumière du ciel » elle lut : « Je suis ici, je suis à Gratz ». La malade poursuit alors son « sanctuaire », le rencontre enfin dans une promenade. Au lieu d'un abord aimable, elle entendit ce monsieur s'écrier : « Vache! » Alors elle s'évanouit de douleur. Ce qui est surprenant, c'est que malgré tout, elle reçut bientôt après des communications aimables par la voie du journal. Malgré l'affront reçu, elle répondit avec la même amabilité par des lettres et écrivait entre autres : « Ma chambre est très petite et sans ornements, mais l'amour pour le sanctuaire la remplit complètement ». A sa grande douleur, le sanctuaire ne faisait que passer devant la maison (illusion) sans y entrer jamais. Un voyage d'affaires nécessita son absence temporaire.

Quand elle rentra, ce monsieur était parti. Elle découvrit son nouveau domicile et fit un voyage pour le rejoindre. Nouvelles humiliations; nouveaux refus, bien qu'elle lui eût donné toute son âme. Vivement chagrinée, elle partit pour Budapest. A peine arrivée, elle trouva, dans le journal, cette annonce : « Prêt à tous les sacrifices pous amener réconciliation ». Elle revient, envoie un

œillet avec ces mots : « Que le noble parfum de l'œillet comble l'abîme qui est entre nous !» De nouveau, profonde humiliation et accès de syncope.

Sur la plainte de ce monsieur, elle dut se justifier devant la police. On la congédia après l'avoir sermonée. Elle résolut d'éviter l'infidèle. Bientôt après, elle lit de nouveau dans le journal : « Je vous attends. » La malade, dit-on, a, de nouveau, en tenue décolletée, poursuivi ce monsieur, elle lui aurait même envoyé des photographies obscènes. Voilà pourquoi on l'a mise à l'hôpital pour que son état mental fût observé. Là aussi, les annonces du journal continuent : « Heureux avenir, tout est déjà arrangé ! » La malade se résigne au fait inévitable. Elle ne peut pas s'expliquer la double nature de l'homme, ni sa tromperie. Malgré toutes les déconvenues, elle aime toujours, avec enthousiasme, son « sanctuaire ! » Elle est incapable de tout raisonnement critique.

Les hallucinations manquent absolument dans le tableau morbide fait de rapports illogiques, d'interprétations délirantes et d'illusions.

Observation IX (Laurent). — *Dégénérée. Idée fixe constituant seule tout le délire pour aboutir, après de longues années, au délire des dégénérés.*

Mme X..., âgée de quarante-six ans, est examinée, pour la première fois, en 1894. A cette époque, elle déclare être en proie à une *idée fixe*, existant chez elle depuis quelques semaines après son mariage, qui avait eu lieu en 1873. Le sujet de cette idée était qu'elle devait être fatalement entraînée à tromper son mari un jour ou l'autre. Elle ne peut voir un homme sans lui prêter la pensée de songer à elle. Elle se figure qu'elle va être l'objet de propositions déshonnêtes, et il faut qu'elle garde tout son empire sur elle-même pour ne rien laisser paraître de son trouble. Aussi, appréhende-t-elle de recevoir un homme quand elle est seule, et pourtant elle n'a jamais eu le moindre désir, la moindre pensée d'adultère, elle est foncièrement honnête et tout son être se révolte à la pensée d'appartenir à un autre qu'à son mari. Elle ne raisonne pas son idée fixe, ou, du moins, elle ne réussit pas à se convaincre que si quelqu'un voulait la violenter, elle aurait toujours l'énergie morale et physique nécessaire pour lui résister.

Il fallut de longs entretiens au sujet de sa santé, avant que Mme X... se décidât à avouer la raison de ses tourments, et tant qu'elle put elle dissimula l'existence de cette idée fixe. Le jour où elle en parla, ce fut avec beaucoup de gêne et de contrainte et elle fut très sobre de détails à son égard. Plus tard, elle se montra plus communicative et on put être renseigné sur l'origine et l'évolution de cette idée morbide. Tout entière à ses pensées du moment, elle

ne s'était jamais donné la peine de réfléchir aux causes de son malaise mental, et ce ne fut qu'en rappelant des souvenirs lointains qu'elle précisa le fait que voici :

Histoire de la maladie. — Etant à Nice, en voyage de noces, son mari la laissa pendant quelques minutes à l'attendre devant un magasin. A ce moment, un passant se permit de faire à son égard une réflexion moitié laudative et moitié obscène : « Voilà une jolie fille avec qui je voudrais bien coucher ». Tout d'abord simplement troublée, elle n'y pensa guère, mais plus tard cette idée lui revint et elle se mit à réfléchir à son sujet. Or, on peut se figurer les réflexions qui peuvent s'éveiller en pareil cas dans l'esprit troublé d'une jeune femme toute naïve.

Cette idée flottait de temps en temps devant elle, idée qu'elle précisait mal alors et qui était à peu près celle-ci : « Comment peut-il se faire qu'il y ait des femmes qui osent trómper leur mari? L'idée disparaissait ensuite pendant des mois pour revenir ensuite pendant un temps plus ou moins long. Ce fut à peu près vers 1877, trois ans après son début, qu'elle prit définitivement corps et que Mme X... commença à ne plus avoir un instant de repos, craignant, dès qu'elle était avec un homme, de subir des propositions et d'être entraînée à ce qu'elle ne voulait pas, et quand elle était seule, se demandant avec inquiétude comment elle pourrait faire pour se débarrasser de l'insolent s'il se présentait.

Arrivée à ce point, l'idée fixe en question devint un facteur important dans la vie de Mme X..., et au bout de quelques années finit par lui faire adopter une existence toute particulière.

Elle reste chez elle, sort le moins possible et seulement en voiture, évite les réunions où elle sait devoir rencontrer des étrangers; en un mot, elle se séquestre pour éviter la scène à laquelle elle pense sans cesse et qu'elle redoute de voir survenir.

Elle se figure que son mari, à qui elle n'a pourtant jamais osé avouer son délire, devine sa pensée secrète et va lui faire des reproches sur la faute qu'elle n'a jamais commise et qu'elle craint de commettre. Elle est souvent gênée devant lui et montre le même embarras que si sa crainte s'était réalisée.

Vers 1888, autant que la malade peut préciser, commencèrent à apparaître des troubles psychiques d'ordre neurasthénique si l'on veut, mais rappelant aussi par bien des côtés le délire des dégénérés : sensation de vide cérébral, fatigue intellectuelle rapide, difficulté de soutenir de longues conversations à certains jours, crainte de paraître bizarre, quasi-certitude que tout le monde devine sa situation et la regarde d'une façon plus ou moins bienveillante.

Comme conséquence, sauvagerie beaucoup plus grande, et réclusion plus complète. Avec des alternatives de mieux et de pis, ces phénomènes vont en s'accentuant peu à peu depuis 1894 où leur présence est constatée, ils n'ont fait que grandir.

A côté de cette idée fixe principale, est venue progressivement, et comme un corollaire obligatoire, s'en greffer une autre, d'un genre de fixité tout autre, moins obsédante, mais certainement aussi fatigante; celle de trouver remède à sa maladie.

Aussi cherche-t-elle de tous côtés un moyen de guérison; elle se tient au courant de tout ce qui paraît en médecine nerveuse; elle lit les ouvrages de médecine et de science, elle s'emballe à la suite du moindre progrès réalisé en thérapeutique mentale. Elle essaye toutes les méthodes nouvelles, et frappe à la porte de tous les guérisseurs. Ses nombreux échecs ne la rebutent pas, mais elle s'indigne contre la science qui n'avance pas et les médecins qui ne peuvent la guérir. A côté de cela, c'est une femme extrêmement intelligente, très lettrée et instruite, raisonnant fort bien sur tout, et ne laissant jamais percer la moindre trace de ses pensées intimes.

Antécédents. — Sa santé physique est parfaite; elle n'a jamais été malade de sa vie; elle a cinq enfants tous bien portants. Tous ses organes sont en bon état. Elle ne présente pas la moindre tare physique.

Son hérédité n'est pas très chargée : son père était nerveux de la même manière qu'elle, et paraît avoir été en proie pendant toute sa vie à des idées fixes ; il mettait, en tout cas, de l'entêtement à atteindre les buts qu'il se proposait. C'est un original, disait-on; il était sujet aux migraines, avait eu de la chorée de Sydenham dans son enfance, et avait présenté à plusieurs reprises des manifestations rhumatismales. Il mourut d'hémorragie cérébrale à soixante et un ans. Sa mère était parfaitement équilibrée, et mourut de pneumonie. Elle a trois frères et une sœur : ses frères ne présentent aucune trace d'hérédité nerveuse, mais ils ont eu les uns et les autres des manifestations arthritiques diverses. Sa sœur a eu de l'hystérie convulsive dans les premières années qui suivirent son mariage, et a conservé le caractère et les allures d'une hystérique.

Commentaires. — Depuis trois ans que cette malade est observée, on assiste certainement à une évolution dans son délire. Il semble que l'idée fixe perde un peu de sa puissance, et qu'à côté d'elle viennent se greffer d'autres idées délirantes, comme, par exemple, le souci de se soustraire à toutes les obligations mondaines, et la recherche de plus en plus maladive de la guérison.

D'autres signes, moins précis, montrent que le délire s'étend, perdant en intensité ce qu'il gagne en étendue; et il ne faudrait pas être surpris que l'idée fixe vînt un jour à disparaître au milieu d'un chaos d'autres idées délirantes, et qu'un délire, d'abord très coordonné, et plus tard moins systématique et même diffus, ne vînt à leur succéder.

Observation X (Personnelle). — *Dégénéré. Idée fixe à forme ambitieuse aboutissant au délire des dégénérés.*

Th.... Georges, vingt-neuf ans, sans profession.

Antécédents. — Rien de notable dans l'hérédité. Comme antécédents personnels : aucune maladie grave; pas d'excès alcooliques. Mais les signes de la dégénérescence ont pu être constatés de bonne heure. Dès l'adolescence, il se fit remarquer par ses excentricités. Devenu homme, bien que très intelligent et muni d'une bonne instruction, mais d'une mobilité excessive, il fut toujours un désœuvré, incapable d'exercer une profession quelconque. Outre son originalité, il était sujet à des impulsions, commettant des fugues sans donner de ses nouvelles. Il disparut un jour brusquement, et, après de longues recherches, on le retrouve quelque temps après dans une forêt de l'Algérie, la barbe et les cheveux incultes, se nourrissant de racines et de plantes. De retour chez lui, il continua la même existence de déséquilibré, inquiétant sa famille par ses tendances délirantes de plus en plus accusées.

Histoire de la maladie. — C'est vers 1895 que le délire fit sa première apparition sous forme d'une *idée fixe* de grandeur. Cette idée se développa de la manière suivante :

Depuis longtemps, M. Th... avait été frappé de l'identité de son nom avec celui que portaient les comtes de Champagne. L'idée lui vint peu à peu qu'il était le descendant d'une famille ayant régné sur la France. Un jour, en mettant son chapeau, il aperçut sur la garniture intérieure, une couronne dorée. Ce détail insignifiant fut pour lui une révélation. Dès lors, il ne douta plus que c'était là l'emblème de la couronne qu'il devait porter et dont il était dépossédé. Il ne parla et n'agit plus qu'en prétendant au trône. On dut l'interner (janvier 96).

Après avoir cherché sa généalogie qu'on lui avait dissimulée, disait-il, son idée fixe se précisa, et depuis lors il s'intitule : Georges Ier de Bourbon. Tous ses écrits sont signés de ce nom et portent la devise qu'il a adoptée : *Ferro non auro.* Henri IV est son aïeul, et pour l'imiter il a changé de religion et embrassé la religion protestante. L'homme au masque de fer est son père, et il écrit aux journaux pour les en informer. Il écrit aussi à la princesse Marthe de Guise, dont il prétend être le fiancé et qu'il appelle sa chère cousine. Il revendique hautement ses titres de noblesse royale et réclame sa liberté au nom du droit des gens. Lisons-le :

« Asile public d'Armentières, le 20 février 97.

« *Ferro non auro.*

« *A Monsieur le Procureur de la République, en son parquet, à Lille.*

« Monsieur,

« J'ai eu l'honneur de m'adresser à vous, pour m'aider à me

faire sortir d'ici, et vous ai même donné copie d'une lettre que j'envoyai à S. M. le roi des Belges, dans laquelle je lui demandais du service dans son armée. J'ai même pu écrire depuis que je devais être considéré comme un de ses officiers (ceci est plus conventionnel que réel, puisque je n'en reçus pas de réponse). J'avoue d'ailleurs avoir eu tort de m'adresser à un autre pays que le mien, ce qui peut paraître excusable, en considérant la situation des plus pénibles dans laquelle je me trouve ici.

« Pour réparer cette faute, je viens d'écrire à M. le Ministre de la Guerre afin qu'il m'autorise à servir ma Patrie.

« Cependant je ne puis toujours rester ici, et si je ne pouvais obtenir une prompte solution, je vous prierais, M. le Procureur, d'y mettre un terme, en usant de votre pouvoir, pour me faire conduire à la frontière.

« A tous les points de vue, cette situation doit finir, je n'ai pas eu le temps de liquider mes affaires, ce que je pouvais faire autrefois facilement sous le nom que je portais alors et que je ne puis plus porter ni signer aujourd'hui.

« Je vais maintenant vous expliquer par quelle suite de circonstances, et quelles preuves je puis vous fournir pour me dire et avoir le droit de porter le nom de Bourbon, si ma nature et ma religion (protestante) ne suffisaient pas pour l'affirmer, après ce qui a déjà eu lieu ici où on a essayé bien difficilement d'imiter le service militaire (marques de mon linge G. T.).

« Vous n'êtes pas sans savoir absolument pourquoi j'ai été interné puisque M. le Dr M... m'a dit que vous avez bien voulu vous occuper de moi.

« Je remonte à l'origine :

« Ayant trouvé à mon domicile, une assiette avec le blason des comtes de Champagne, je me décidai à faire la généalogie du nom que je portais alors et remontai ainsi jusqu'au bisaïeul dont il m'est impossible de connaître l'ascendance.

« Ceci était resté dans cet état pendant quelque temps, lorsque ayant eu besoin d'un chapeau, je trouvai imprimé dans la coiffe : un casque en fer (le masque de fer), une couronne en or et un petit drapeau blanc, avec ces mots écrits en anglais : *Forked expressly for*.

« Étant allé en demander compte au chapelier, bien que j'en eusse déjà l'intuition en ce que depuis plusieurs jours je remarquais que l'on me regardait attentivement, je me rendis chez un brocanteur.

« Mon attention fut alors attirée par un tableau (parchemin noir avec ma devise : *Ferro non auro*) que j'achetai, trouvant une grande analogie avec le masque de fer que je portais imprimé au fond de mon chapeau. Evidemment ce tableau avait été placé là pour moi. Il a dû appartenir certainement au bisaïeul dont j'ai parlé tout à l'heure, et maintenant, cela ne fait aucun doute

dans mon esprit, il descendait certainement des Bourbons par Henri IV, Louis XIII et l'homme au masque de fer, le frère de Louis XVI (d'une union que je suppose et puis presque affirmer incestueuse).

« Portait-il à la Révolution le nom de Bourbon, et vit-il ses parents monter sur l'échafaud, je l'ignore; toujours est-il qu'il dut prendre le nom de Th., comte de Champagne, qu'il avait peut-être porté dans sa jeunesse, et dont il dissimule le titre. Puis s'étant mésallié, il n'osa plus reprendre son nom de Bourbon et faire valoir ses droits à la couronne de France. Comme c'est moi seul qui ai découvert ceci, il est juste qu'à moi seul appartienne ce parchemin.

« Je crois avoir à peu près terminé ce que j'avais à vous dire, et à force de trop prouver, on arriverait à bafouiller. J'espère cependant que vous devez être convaincu que je puis m'intituler comme je vous l'affirme être le roi de France et de Navarre (*in partibus* naturellement), et du droit de signer comme je le fait, après vous avoir prié de m'excuser de vous avoir entretenu si longtemps et en vous priant aussi de vouloir bien agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

« GEORGES Ier DE BOURBON. »

Comme on peut en juger par ce qui précède, le délire semble se développer de plus en plus par extension progressive de l'idée mère; mais il ne perd rien de sa physionomie première, et ne subit pas de transformation notable.

Dernièrement des hallucinations de l'ouïe ont apparu, mais elles restent rares. Leur sujet correspond à celui de l'idée fixe première, et elles n'ont modifié en aucune façon le délire. Voici maintenant un groupe d'observations analogues :

OBSERVATION XI (NEISSER. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*; LI, 1. 1894). — *Persécuté processif.*

Un malade, à l'instigation du tribunal, a été mis et est en observation à l'asile de Leubus. C'est à la suite d'un nombre infini de requêtes de sa part et de réclamations processives qu'on a soupçonné l'existence de l'aliénation mentale. Il n'y a pas d'idées délirantes; il n'y a pas d'idées spéciales de persécution. Toute une *série fixe* de conceptions en rapport avec une exagération *intense de l'émotivité*, l'obsèdent et assiègent son idéation. Cet homme a été il y peu de temps blessé à la tête; il est phtisique.

OBSERVATION XII (SELLE, *loco citato*). — *Délire de chicane tournant autour d'une idée fixe.*

Paysanne ; soixante ans. Depuis une *émotion morale* (son fils, par

un acte infâme, a laissé passer son bien en des mains étrangères), elle est tourmentée de l'*idée fixe* ou *prévalente* que la vente est irrégulière, qu'il ne s'agit que d'un contrat apparent ; aussi s'adresse-t-elle, dès que cette conviction a pénétré dans son esprit, aux tribunaux, qu'elle fatigue de ses réclamations. C'est une faible d'esprit qui n'a jamais pu apprendre à lire et à compter; en revanche elle a toujours présenté une exagération de la personnalité ; toujours prête à discuter, elle se montrait un peu irritable. Une sœur de la malade est épileptique. Ses idées de persécution consistent à se plaindre que les magistrats se soient tournés contre elle et que les témoins se soient parjurés.

OBSERVATION XIII (SELLE, *loc. cit.*). — *Délire des persécutés persécuteurs.*

Une demoiselle de cinquante-huit ans, très tarée (héréditaire), d'humeur violente, et très bizarre dans sa jeunesse, est en même temps faible de corps. Son développement intellectuel a été très lent. Jeune fille, elle a été souvent éprise, a manifesté des tendances à l'exaltation religieuse. La perte de sa fortune l'a profondément affectée et déprimée. Il s'est, chez elle, développé l'idée *prévalente* qu'un M. de N... l'aime et veut l'épouser. Elle la conserve, en dépit de toutes les contradictions, malgré l'intervention du monsieur en question, qui lui a nettement fait comprendre qu'il n'avait point ce dessein. Elle a importuné les autorités et a demandé protection contre ses persécuteurs. Elle persiste à dire qu'elle se mariera bientôt, et se plaint amèrement que ses parents et les médecins soient cachés sous le toit.

4° *Idée fixe dans le délire chronique.* — Elle naît par *voie conceptuelle.* On enregistre alors une fiction à la base, sur laquelle le malade échafaude un édifice d'erreurs, malgré la correction apparente dans l'exécution de l'architecture de celui-ci (DE KRAFFT-EBING). C'est pourquoi la logique de ces malades semble intacte ; ainsi s'explique le nom ancien de folie partielle usité en pareil cas. En réalité le sens critique manque et c'est ce qui a entrainé l'erreur. L'idée fixe en cette espèce morbide forme souvent un élément très net.

Elle naît quelquefois par *voie hallucinatoire* dès le début, car nul n'ignore qu'il existe toujours des hallucinations dans le délire chronique à une période avancée.

Le plus habituellement les premiers troubles se montrent dans la sphère intellectuelle, et c'est alors qu'il n'est pas rare de bien saisir à l'origine une idée fixe qui est le phénomène pathologique initial.

C'est surtout à l'idée fixe du délirant chronique que se rap-

portent les développements nosographiques de ce mémoire. Les prémisses du raisonnement étant fausses, certains anneaux de la chaîne syllogistique sont fréquemment faux ou les lacunes sont comblées par des artifices d'imagination; l'aboutissant est toujours, forcément, une série de conclusions vicieuses.

L'idée fixe, déraisonnable, insensée, subite, est le plus ordinairement imputée par l'individu à sa propre personne victimée, selon lui, ou sur le point de l'être. Après avoir duré, généralement assez longtemps, elle mène à un système délirant, plus ou moins coordonné, en engendrant d'autres idées délirantes, qui se multiplient, s'agrègent, se combinent. L'idée fixe de persécution notamment, d'abord posée par le malade avec une certaine réserve (Lasègue) devient bientôt tout à fait nette. Avec l'apparition des interprétations délirantes ou des hallucinations de l'ouïe, l'idée s'affermit, devient de moins en moins variable, l'hésitation fait place à la certitude. Le reste, on le connaît. C'est, quoi qu'il arrive, toujours à l'origine un délire *circonscrit*, roulant sur la même idée ou sur une même série d'idées pour le même individu. Puis, l'organisation du délire le développe, en introduisant parfois quelques variantes; invariablement la personnalité s'altère, le Moi se transforme. A l'appui un beau type.

Observation XIV (personnelle). — *Idée fixe installée dès le jeune âge sans trouble sensoriel (hallucinations apparues postérieurement) pour aboutir au délire chronique systématique.*

B... André, quarante ans, fumiste.

Rien à remarquer dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Méningite à l'âge de trois ans (?).

Les troubles psychiques semblent remonter chez lui à son jeune âge, ou tout au moins, il semble, dès sa jeunesse, avoir réagi intellectuellement d'une manière anormale.

Voici, d'ailleurs, ce qu'il raconte : Vers l'âge de trois ans, ayant fait une fièvre cérébrale, à ce qu'on lui a dit, le Dr S... qui le soignait, demanda à Mme B..., qui se désolait de le voir si malade : « Vous tenez donc tant que ça à cet enfant ? » La dame B... répondit qu'elle y tenait autant que la belle-fille du docteur pouvait tenir à lui.

Plus tard, vers l'âge de sept ans, on rapporta un soir son père mort, à la maison. Cette mort était des plus mystérieuses, selon lui. Parti le matin bien portant pour la ville voisine, il était revenu au dernier train le soir, on l'avait vu à la gare; le lendemain matin, on le trouvait mort dans un remblai près de la station.

Cette mort l'affecta beaucoup ; dès ce moment il conçut des soupçons, et l'idée entra dans sa tête qu'un jour il aurait la preuve que cet homme avait été assassiné.

A quelque temps de là, dans un conseil de famille, il entendit le dialogue suivant entre l'aîné des B... et sa mère : « Qu'avez-vous fait de ses papiers ? » Ce à quoi la mère répondit qu'elle les croyait plus en sûreté chez M. le Curé. Le frère aîné répondit alors : « Mère, vous avez fait son malheur. »

« J'étais loin de me douter alors qu'il était question de moi raconte B... ; mais comme j'étais obsédé, depuis la mort de mon père, par l'*idée fixe* qu'un jour je saurais pourquoi cet homme était mort, j'en conclus par la suite, que le père B... n'était que mon père adoptif, et que, comme il ne voulait pas se départir de mes papiers d'origine, les personnes qui avaient intérêt à les posséder l'avaient fait disparaître, pour les obtenir de la mère. »

Déjà les paroles aimables des uns, les saluts respectueux des autres, des allusions saisies au vol sur le secret de son origine, la remarque qu'on lui a préféré de tout temps ses prétendus frères et sœurs, avaient éveillé chez lui le soupçon qu'un mystère entourait sa naissance et qu'il pouvait bien être le fils d'un personnage historique, et voilà l'idée fixe définitivement installée et notre malade persuadé que ceux dont il porte le nom ne sont pas ses parents, mais seulement des parents adoptifs ; que son père a été assassiné pour lui ravir plus sûrement ses papiers d'origine ; il est entretenu dans sa conviction par d'incessantes interprétations délirantes.

Telle est la base initiale de son délire : une idée fixe, installée dès l'enfance dans son cerveau et s'y étant ancrée avec la puissance des acquisitions faites à cet âge, sans l'intervention d'aucun trouble sensoriel.

Dès lors, B... mène une existence des plus mouvementées. D'une acuité psychique d'autant plus vive, que toutes ses facultés sont tendues toujours vers le même objet, il scrute attentivement tout ce qui se dit, tout se qui ce fait ; et dans toutes choses, par une série de raisonnements plus ou moins logiques, il découvre quelque ressort caché, quelque allusion à sa personne et à sa situation.

Engagé à la légion étrangère, à vingt trois ans, on commença à lui faire des misères ; un officier s'était acharné à sa perte et voulut le faire passer au conseil de guerre. De retour à Paris, il exerça sa profession de fumiste, mais toujours on le tracassait, on le renvoyait de tous les ateliers ; les femmes s'en mêlèrent, tentèrent de le pousser au vol, à la débauche, dans l'anarchie. Las de cette existence il partit pour Buenos-Ayres ou il resta six ans, mais la vie lui devint vite intenable, on l'empêchait de gagner sa vie, on voulut l'assassiner.

C'est vers cette époque, c'est-à-dire vers l'âge de trente ans, que les hallucinations de l'ouïe firent leur apparition. On commença à l'insulter dans la rue. Les journaux firent campagne contre lui ; il comprenait en lisant certains articles que c'était lui que l'on visait. Ainsi maltraité, il se dit que s'il était un simple B..., on ne l'aurait pas persécuté de la sorte.

Le délire s'étend, sous l'influence des hallucinations, les idées de grandeur vont venir s'ajouter aux idées de persécution.

Revenu en France pour se faire rendre justice, il entendit une voix, qu'il reconnut être celle du commandant du navire, l'appeler Michel de Stephenson. Ce fut pour lui un trait de lumière ; le mystère de son origine était éclairci.

A son arrivée à Paris, il fut interné à Vaucluse ; évadé on le reprit à Bruxelles, puis à Tournai et enfin à Armentières où il se trouve depuis trois ans.

Son *état actuel* est celui du délire chronique à son complet développement ; il possède des biens immenses dont on voudrait s'emparer. Les Orléanistes sont ses principaux ennemis. Les chefs des partis dynastiques lui font toutes sortes de misères et s'entendent pour le perdre. On agit par le spiritisme sur lui, sur sa parole et sur sa pensée, on lui fait dire le contraire de ce qu'il pense. On l'insulte incessamment de Hollandais, de Prussien, de bête habillée en homme.

Les hallucinations ont envahi les autres sens et même la sensibilité générale ; on met des poisons dans ses aliments, il les reconnaît au goût et à l'odeur, on lui lance sur le corps des vapeurs brûlantes.

Tout ce qui se dit et se fait a trait à sa situation ; la guerre Turco-Grecque et le conflit Hispano-Américain, n'ont éclaté qu'à cause de lui ; voici d'ailleurs un échantillon de ce qu'il écrit journellement :

« *A leurs Excellences les Ambassadeurs des puissances principalement intéressées dans la question concernant ma situation.*

« Excellences,

« Voyant que tout ce que j'emploie pour sortir de ma situation et de la France ne me sert absolument à rien, et que vos puissances deviennent la complice forcée du drame que la France s'est plue de vous jeter sous les yeux, car si on me tient ici, ce n'est que par tous les procédés qui ont été exercés sur moi depuis mon plus jeune âge ; je propose à vos Excellences de me faire tirer au sort et que le sort décide à quelle nation je dois appartenir. Comme ma situation concerne toutes les puissances, j'espère que toutes les puissances y ont le même intérêt que la France, car je ne resterai

Français que si le sort m'y oblige; sinon je me verrai forcé de vous faire remarquer que je n'ai jamais vendu mon corps aux Français, pas plus qu'au parti politique qui s'acharne contre moi. Je vous ferai entendre par le même procédé qu'il m'est impossible de faire face à ma situation politique.

« Reste donc la question première et si vous ne me rendez justice, sur ce que je vous demandais tout à l'heure, je vous ferai remarquer que ces biens ne viennent nullement des pouvoirs publics, et que leur seule provenance est l'accumulation de l'agiotage.

« Vous ne pouvez m'obliger à faire du socialisme, vu que vous le prohibez dans vos propres principes, et quand Rothschild partagera, je partagerai aussi. Si vous ne me rendez pas justice sur ce point, je serai obligé de me considérer la victime d'un banditisme international vu que l'on agit avec moi pis que les bandits de grand chemin, car ceux-là sont au moins sous l'action d'une loi et ne sont pas exempts de l'impunité.

« Si je vous tiens ce langage, c'est parce que je m'y trouve obligé, vu que je suis complètement à la merci de toutes les drogues que les médecins me font absorber dans ma nourriture. Cela est tout simplement inique et odieux, car ils savent bien que je ne suis qu'un instrument entre leurs mains.

« J'ose espérer que vos Excellences daigneront me rendre satisfaction et me tirer de la griffe de mes bourreaux, ou bien de me faire transporter dans une île, où au moins je n'aurai pas sous les yeux le spectacle de tant d'ignominies.

« Je prie donc vos Excellences de bien approfondir toutes les questions, et d'en finir avec une pareille existence, et de recevoir mes sentiments de profond respect.

« B... dit DE STEPHENSON. »

OBSERVATION XV. — *Autopsychose circonscrite.* WERNICKE, *in Grundriss der Psychiatrie.*)

Il s'agit d'un homme de soixante et un ans, qui se dit à l'asile à cause des *importunites* dirigés contre lui au dehors. Ici il est tout à fait à l'abri, se sent bien depuis quatre ans qu'il y est et espère bien y rester. Tous les essais de sortie qu'il a faits ont mal tourné : les mêmes vexations ont abouti à l'intervention de la police et à son internement.

D'abord ce fut à cause d'un certain Monsieur qu'il ne connaît que de nom, qui habitait dans son voisinage et qu'il rencontrait fréquemment dans la rue. Ce Monsieur se tenait fixe en l'attendant et avait l'air de compter les fenêtres d'une maison. Ayant quitté ce côté de la rue, le malade remarqua que le même Monsieur parlait au même endroit à une personne de sa connaissance, et sur son

compte, il en est convaincu bien qu'il ne pût entendre ce qu'il disait. Il aborda alors ces deux messieurs et leur dit : « Vous disiez peut-être quelque chose de moi ? » Puis il gagna sa demeure tout en s'apercevant que les deux messieurs le suivaient et se tenaient devant sa maison. Arrivé chez lui, il prit sa canne, alla à la fenêtre et la brandissant il les interpella en disant : « Montez je vais vous servir ». Une scène du même genre détermina les deux messieurs à le suivre réellement jusque chez lui, à prendre son nom et à se plaindre à la police.

On constata alors l'existence d'un délire des rapports du Moi, exclusivement dirigé contre un maître charpentier. Celui-ci, frère d'un monsieur que le malade connait bien, était, il y a six ans, comme lui, habitué d'un marchand de vin désigné. Pendant des années, le malade s'est intéressé à la fille de ce marchand de vin et lui a fait des propositions matrimoniales, auxquelles il a coupé court parce qu'il a constaté que le père de la jeune fille ne faisait pas de bonnes affaires. Le charpentier a probablement dit à l'autre Monsieur : « Voilà le coquin qui a autrefois lâché la jeune fille. » On ne trouve pas chez notre homme d'autres symptômes psychotiques. Mais il est et demeure convaincu de ce qu'il avance. Sur sa demande il est mis en liberté quelques semaine plus tard ; il revient néanmoins pour la même raison, ressort, et rentre pour la troisième fois. Et maintenant il ne veut plus quitter l'asile. Les deux dernières aventures concernaient des importunités plus nombreuses dans lesquelles étaient intervenues d'autres personnes encore et la police.

C'était toujours d'après lui, le maître charpentier qui, entre temps, avait raconté l'histoire à d'autres, et la police était intervenue pour provoquer sa mise en observation et obtenir qu'il fût taxé d'aliénation mentale.

A l'asile on ne constate aucune autre interprétation délirante, aucune autre affection mentale.

M. Wernicke fait remarquer que le début de l'affection a été constitué par une *idée prévalente* ayant entraîné une appréciation délirante qui mérite le nom de délire de relations du Moi, de la personnalité. Ce délire s'est ensuite étendu, puis est demeuré stationnaire ou plutôt il est devenu nul à l'asile. L'origine de l'idée prévalente doit, selon lui, être cherchée dans le contraste entre la manière peu honorable dont a agi le patient et son caractère autrement équitable. Il est probable, dit-il, qu'il a fait sur ce sujet son examen de conscience et s'est trouvé coupable, souillé moralement. Ainsi préoccupé, il s'est offusqué d'un regard, de l'attitude expectante d'un homme qui connaissait sa conduite, et il en a, par

association d'idées, faussement interprété la portée. Toutes ses idées ont alors constamment convergé sur le texte dominant de son idée fixe, fausse non point quant à l'acte qu'il a commis, mais quant à la valeur de cet acte. Il s'est exagéré son action dans ses rapports avec les personnes qui l'entouraient, à l'exemple du héros de Dostoïewsky, dans *Crime et châtiment*, qui croit que tout le monde lit son meurtre sur sa figure et le lui reproche ; le héros de Dostoïewsky est du reste un névropathe. Comme lui, il se dénonce.

Observation XVI (personnelle). — *Idée fixe développée sans trouble sensoriel abontissant au délire systématique. Hallucinations tardives et rares.*

D... Alphonse, trente-sept ans, tisserand.

Rien dans l'hérédité.

Comme antécédents personnels, il y a à noter : des convulsions dans l'enfance ; des excès alcooliques fréquents.

Le début des troubles psychiques remonte à l'année 1894.

A ce moment D..., jusque la bien portant, commença à devenir inquiet et soupçonneux. Il remarqua que dans les tissages où il travaillait, on lui jouait de vilains tours, on dérangeait son métier pendant son absence ; dans d'autres cas, il ne plaisait pas, on le regardait de travers. mais ce qui le frappa le plus fut ce que sa mère lui raconta au sujet de la vie de son grand-père.

Ce dernier, enfant trouvé, fut élevé à l'Hospice général de Lille. Le mystère de la naissance de son aïeul hanta l'esprit surexcité de D... Il se dit qu'on lui cachait quelque chose et, dès ce moment l'idée germa que le grand-père était peut-être le fils de quelque personnage illustre et riche.

Obsédé par cette *idée fixe*, il se mit sans tarder à la recherche de la parenté de son aïeul ; il se rendit à la mairie de Lille, puis à l'Hospice général ; là il sut la date du dépôt de l'enfant, et un des employés qui le renseignait prononça à voix basse le mot de la Trémoille. Evidemment on voulait lui cacher l'origine de son grand-père ; mais il avait entendu le mot, et ce nom de la Trémoille se grava dans sa tête. C'était donc un représentant de la plus vieille noblesse française qui avait déposé son aïeul enfant à l'Hospice général de Lille ; or, réfléchit-il, à ce moment il n'y avait aucun moyen de locomotion, et le marquis de la Trémoille ne se serait certainement pas dérangé de si loin pour le fils de sa cuisinière ou de son cocher ; c'est donc qu'il s'agissait d'un personnage princier probablement ; et il en conclut que son grand-père était un descendant des Bourbons à la maison desquels les la Trémoille étaient attachés.

Voici d'ailleurs ce qu'il écrit à ce sujet.

« Asile d'Armentières, 5 mars 1898.
(D'après le calendrier grégorien.)

« *Pour la Personne représentant la justice, soit divine, soit humaine.*

« La personne appelée Keraval m'empêche de sortir de l'asile pour aller voir à l'Hospice général de Lille pour que l'on me fournisse des renseignements sur mon grand-père, déposé en cet établissement le 1er août 1799 par une ou plusieurs personnes dont une se nommait la Trémoille, et c'est après avoir entendu ce nom-là que je me suis dit : Alors ce doit être le petit-fils de celui qu'on a appelé Louis Capet de Bourbon, roi de France, 16e du nom donc si c'est cela je ne me nomme pas D... mais je suis un Bourbon, et je crois mes droits égaux aux leurs. Donc, si des moyens quelconques appartenant aux D... ont été donnés au gouvernement de la République sans leur assentiment, il me semble que la justice la plus élémentaire est qu'ils doivent en être instruits. Maintenant, si mes droits de naissance sont supérieurs aux leurs. c'est à moi qu'il appartient de disposer et de discuter le bien ou mal fondé de la chose en question à moins qu'il y aurait des Bourbons d'Espagne dont les droits seraient supérieurs aux miens. ce qui peut bien être sans que j'en aie aucune connaissance. D'ailleurs. je voudrais bien que ce soit un autre Bourbon que moi qui s'occupât de cette affaire délicate, car moi, je ne me crois pas assez intelligent pour cela.

« S'il m'était possible de voir ici dans l'asile d'Armentières des personnes représentant ou les personnes mêmes : 1° L'évêque de Cambrai ; 2° Victoria de Cobourg ; 3° Prince de Galles ; 4° Baron de Rothschild ; 5° Léopold de Cobourg ; 6° Félix Faure ; 7° le général des Jésuites ; 8° Alphonse XIII ; 9° le duc d'Orléans, et plusieurs autres personnages, je pourrais leur dire et demander bien des choses.

« Pour terminer, je tiens à vous prévenir que je ne suis pas plus disposé à passer pour l'appelé D... que pour celui qu'on a appelé et qu'on nomme Jésus-Christ, et je crie de tout cœur : Vive la vérité et à bas les crapules ?

« Alphonse D...

« Arrière petit-fils d'un homme qui ne s'appelait pas D... »

Les différentes démarches qu'il fit de divers côtés pour rechercher l'étymologie de son nom, et trouver sa généalogie, eurent pour résultat de le faire interner (avril 1895). Son *état actuel* est le suivant :

Bien que l'idée fixe primitive existe encore à la base du délire.

celui-ci s'est considérablement étendu ; les idées de grandeur et de persécution se sont accrues et développées ; les hallucinations ont apparu.

Le doute, au sujet de son origine, existe encore, mais il ne peut encore préciser de quel personnage il descend ; tantôt il signe : Wilhelm de Hohenzollern ; tantôt, Alphonse Capet de Bourbon, ou bien, Emile Buonaparte. Etendant son délire dubitatif à tous ceux qui l'entourent, il se pose des interrogations continuelles sur leur identité, ne s'adressant à ceux qui l'approchent qu'en ces termes : « L'appelé X..., ou la personne appelée X... » Cet état est entretenu par des illusions de la vue qui lui font prendre, par exemple, certains malades de son quartier pour sa mère ; lui-même doute de son sexe.

Les idées de persécution coexistent chez lui avec la mégalomanie. Mais elles sont peu nettes et n'occupent guère que le second plan. Les hallucinations, assez rares, existent depuis un certain temps, et occupent la plupart des sens et la sensibilité générale.

On lui a ouvert la tête et accroché, à l'intérieur du crâne, une clochette qu'il entend sonner à chaque mouvement. Voici comment il raconte les différents troubles qu'il éprouve :

« Asile d'Armentières, 12 avril 1898.

« *A la personne appelée Keraval,*

« Quand je demeurais avec ma mère, à M..., j'ai entendu des voix, et, ensuite, ayant réfléchi, j'ai été pris de frayeur ; c'est donc en me tenant par la pensée que des gens que je ne connais pas m'ont terrifié ainsi. De ces voix, l'une grave, me disait : « prends autant d'hommes que Napoléon, » l'autre, voix de femme, s'écria : « Au revoir Alphonse ! » J'en conclus que ma famille et moi, sommes enserrés dans un filet à ne pouvoir en sortir, et cela par des gens que je ne connais pas, et qui, malgré toutes les questions que j'ai posées depuis que je suis à l'Asile, n'ont pas eu le courage de se faire connaître.

« Maintenant si, avant de m'appeler Alphonse D... je portais un autre nom, je veux le savoir ; si, comme je l'ai eu dans l'idée, il est possible que l'on donne une forme d'homme à un animal tel que porc ou autre, et que je suis un produit de ce genre, recélant en soi un objet quelconque tel que pierre, diamant ou clochette, je veux qu'on me coupe la tête pour pouvoir prendre l'objet en question, sinon je veux, à tout prix, savoir ce que l'on me veut, en me mettant sous l'influence de ce qu'on appelle des caloriques, moulins et autres mécaniques endiablées, comme celle qui me faisait penser que pour toutes les petites bêtises que j'avais commises, j'allais être roué vif ou brûlé.

« Il faut vous dire que ce n'est que depuis que je suis dans l'asile d'Armentières que je me suis aperçu que j'étais tenu par la pensée et, comme je suis certain que ma pensée a changé de direction depuis moins de cinq ans, je me demande pourquoi, et dans quel but, moi qui avant l'année 1894, ne savais absolument rien concernant ma filiation.

« Maintenant, je voudrais savoir pourquoi, depuis que je suis ici, l'on m'a flanqué dans la tête, des idées que j'étais l'Etre suprême.

« Il faut nécessairement que les gens qui inculquent ces idées-là aux autres soient fous ou canailles.

« Comme je l'ai dit, je suis fatigué de tout cela et je veux à tout prix savoir ce que l'on me veut.

« L'appelé : Alphonse D... »

L'observation suivante se rattache à celle des persécutés persécuteurs mais sans dégénérescence mentale, ou tout au moins elle peut être considérée comme intermédiaire au délire chronique pur et au délire systématisé des dégénérés, M. Wernicke auquel elle est empruntée la regarde comme un exemple d'*idée prévalente sexuelle* aboutissant à la *systématisation*.

Observation XVII. — *Délire des persécutés persécuteurs discret.* (Wernicke in *Grundriss*, etc.)

Demoiselle de quarante ans, professeur de sciences dans une école supérieure de filles, zélée, assidue, un peu surmenée dans sa profession. Elle croit remarquer qu'un de ses collègues, célibataire, avec lequel, durant des années, elle a entretenu commerce d'amitié, nourrit des desseins sur elle. Ainsi, pendant qu'il enseigne, il va souvent à la fenêtre de sa classe pour la voir, car de là il peut la contempler dans sa classe à elle. Pendant ses heures de liberté, il se tient fréquemment sur un palier par où elle doit passer avec ses élèves pour se rendre à sa classe. Il la salue avec une attention particulière, toutes sortes de rencontres accidentelles la confirment dans son idée. Elle en est fort émue; elle passe des heures de jour et de nuit à se demander comment elle doit agir, et ce qu'elle doit faire pour que les élèves et le personnel ne s'en aperçoivent point. Elle se surveille donc, combine toute espèce d'expédients afin d'éviter des rencontres, arrive à ne plus le saluer. Elle croit bientôt remarquer que les élèves s'en sont aperçues, surprend des remarques ayant rapport à cela, et perçoit peut-être quelques voix isolées qui disent : « Comme il paraît chagrin! » Des collègues qui ne la voyaient guère auparavant la visitent à présent plus souvent, et parlent bien fréquemment (c'est surpre-

nant!) du jeune homme; les bonnes amies s'éloignent d'elle et paraissent désapprouver sa relation. Le directeur lui-même s'en mêle : il cause pendant les heures de loisir avec le professeur en question et le retient éloigné d'elle à un tout autre endroit que celui qu'il avait coutume d'occuper jadis. Quelque temps après le professeur quitte l'école et s'en va à l'étranger. Pendant la visite qu'il lui a faite pour prendre congé avant son départ, il s'est montré extrêmement troublé, il a confondu les couleurs, il lui a lancé un long regard qui signifiait qu'il savait très bien ce qui se passait en elle et qu'il répondait à son penchant. Quand il a été parti, elle a été en butte à des pointes d'ironie, à des malices, à des plaintes, à des attentions déplacées : ses rapports avec lui étaient évidemment connus, car toutes les fois qu'il était question du professeur parti, elle sentait des insinuations. Le directeur a dû en avoir fait l'objet d'une allusion pendant une conférence, car elle l'a compris à la mine des assistants un jour qu'elle y est venue. Telle est l'histoire des deux dernières années.

Ne recevant pas de nouvelles directes du fugitif, elle s'est mise à douter qu'il fût un homme d'honneur. Elle a dû reconnaître que sa manière d'être vis-à-vis de lui a pu le détacher; mais elle s'est dit que lui, en homme loyal, eût dû s'expliquer. Pénétrée et outrée du sacrifice qu'elle avait, par son attitude, fait à la discipline de l'école, elle fait au directeur, dont elle n'a pas oublié l'intervention indélicate, une scène violente; on lui impose un congé de six mois. en lui conseillant de s'adresser à une maison de santé. Le directeur de la maison de santé qu'elle fréquente constate alors un délire de grandeur et de persécution et la croit incurable. M. Wernicke la voit, trois ans après le début de sa maladie, dans une famille amie dont elle était l'hôtesse et où elle se rendait utile en instruisant les enfants.

Comme elle ne présente aucune anomalie, il atténue la sentence précédente. Cette demoiselle, bien élevée, affinée, déclare carrément qu'elle avait bien le droit de se conduire comme elle l'a fait vis-à-vis du jeune homme et de l'école. Elle demeure persuadée que le jeune homme a eu le dessein de lui faire une proposition de mariage, et il ne lui a jamais dit un mot qui pût être interprété différemment. S'il ne s'est pas franchement expliqué, c'est à cause des intrigues et des interventions indélicates du directeur et de tout le personnel enseignant; s'il ne s'est pas ouvertement déclaré c'est pour ces motifs-là.

En vain M. Wernicke lui donne-t-il l'assurance que ce sont pures suppositions de sa part, suppositions tenant à une idée préconçue maladive, à une illusion. Elle ne le croit pas, mais se laisse conduire dans une maison de santé, où, d'ailleurs, elle ne reste que quelques semaines. Maintenant deux autres années se sont écoulées et elle exerce sa profession dans une école particulière où elle

plaît par son activité et sa diligence. Elle a cependant complètement rompu avec tous ses parents qu'elle accuse en partie de ce qu'elle ait été frustrée du bonheur de sa vie. Des conceptions délirantes d'explications et des adultérations des souvenirs, sont devenues les pierres angulaires d'un système organisé.

Les réflexions de M. WERNICKE ne sont pas moins intéressantes. Il dit que, si au lieu d'une demoiselle bien élevée, prude, pleine d'un tact exquis, on avait eu affaire à une personne tranchante, brutale, elle eût formulé des revendications énergiques, et fût devenue une persécutée persécutrice.

Pour le professeur de Breslau, la pluralité des cas analogues doivent être rapportés à des idées prévalentes, fixes, quelconques. Si le fonds particulier du système demeure caché aux observateurs, c'est à raison des préjugés de ces derniers.

Chez cette demoiselle, il n'y avait pas de terrain psychopathique sur lequel pût fleurir l'idée prévalente. Il faut accuser l'époque critique, le surmenage mental, un mode d'existence peu confortable ; telles ont été les causes de l'idée prédominante sexuelle. Nous terminerons par deux observations dans lesquelles les hallucinations ont joué bientôt un rôle indéniable.

OBSERVATION XVIII (Personnelle). — *Idée fixe développée avec des troubles hallucinatoires, servant de base à un délire systématisé chronique.*

D.... Pierre, quarante-six ans, chef d'atelier.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, il faut noter : une fièvre typhoïde à l'âge de quatorze ans. De plus une de ses filles est idiote. L'origine de son délire doit être cherchée dans une idée fixe qui s'est développée de la manière suivante :

Il était bien portant et parfaitement heureux lorsque, son beau-frère étant venu habiter chez lui, il devint soucieux et inquiet. A plusieurs reprises, il remarqua certaines particularités qui éveillèrent son attention et sa jalousie. L'idée germa dans son esprit que sa femme avait des relations incestueuses avec son frère. Ceci se passait en 1892.

Une phrase sans importance prononcée par ce dernier au cours d'une conversation légère, le confirma dans ses soupçons. En réfléchissant et en rappelant à lui ses souvenirs, il se remit en mémoire certains faits qui avaient passé inaperçus et qui lui apparurent à présent comme significatifs. Dès lors, il employa tous les moyens

pour lui faire avouer sa faute. Il exerça une surveillance étroite de tous les instants : le jour, quittant plusieurs fois son travail pour rentrer chez lui à l'improviste, dans le but de les surprendre, la nuit, ne dormant pas, toujours aux aguets.

Cette tension continuelle de l'esprit vers le même objet ne tarda pas à éveiller les hallucinations de l'ouïe qui vinrent transformer en certitude les soupçons de D....

Il déserta le lit conjugal et, à travers la cloison, entendait les soupirs de volupté des deux coupables. Il se précipitait alors pour les surprendre, mais ne trouvait jamais rien d'anormal. Il entendit aussi des voix qui l'insultaient et parlaient de lui, principalement celle de sa femme qui se moquait de lui, l'appelant cocu. Il alla trouver le commissaire de police pour porter plainte et écrivit au procureur de la République. Ne recevant aucune réponse, il accusa sa femme de l'avoir interceptée. On l'interna en 1893.

Actuellement : Son idée fixe avec ses caractères érotique et jaloux se retrouve dans son délire, mais les idées de persécution dominent la scène. Sa femme le harcèle et le poursuit sans lui laisser aucun repos. Elle s'est attiré la complicité de l'ingénieur en chef de l'atelier pour le maintenir enfermé et se débarrasser de lui.

Son délire, on le voit, s'est étendu en même temps que les troubles sensoriels ont envahi les autres organes des sens et la sensibilité générale. Sa femme et ses complices actionnent une machine électrique qui marche continuellement et de plus en plus fort, paralysant ses organes et ses sens, le brûlant, le congestionnant, provoquant la toux, le rire, des démangeaisons, etc. On lui fait respirer de mauvaises odeurs, on lui donne des érections. Cette machine, qui fonctionne depuis avril 1894, communique avec lui par des fils invisibles. Il en fait la description dans des schémas qu'il distribue aux médecins de l'établissement pour leur expliquer ses souffrances. Il raconte tout ce qu'il endure, dans de nombreuses lettres, où il se plaint amèrement des tortures qu'on lui fait subir :

« D..., Pierre, ancien élève du collège de Saint-Malo.
ancien élève de l'école nationale d'Arts
et Métiers d'Angers,
sous-chef d'atelier au matériel roulant
du chemin de fer du Nord,

« *A Monsieur le Procureur de la République*,

« J'ai l'honneur de vous informer qu'Elvire P..., ma femme, est coupable d'excitation de mineurs à la débauche (adultère avec des petits garçons). Elle a des complices.

« J'aurais honte de vous mentir. Ce n'est point une exagération, mes souffrances sont intolérables.

« La machine fait craquer mes os, brûler ma chair, se tordre et se briser mes muscles et mes nerfs.

« Je suis assassiné, martyrisé, le jour par Elvire P..., la nuit par ses complices. Elvire P..., qui fait des bâtards dans l'asile (pour ses couches, elle s'alite), habite avec un interne dans le bâtiment d'administration. Les dimanches et fêtes, je suis assassiné par celui avec qui elle loge. Elle m'a déshonoré, elle a détruit la dignité du foyer domestique, l'amour conjugal, l'amour filial et l'amour maternel.

« Je suis né sur l'Ida, dans la neige éternelle,
« Son âpre souffle, en mes larges poumons
« A versé l'air salubre et la sève des monts,
« La liberté, l'horreur de l'infidèle,
« Et pour l'immense azur, l'amour de l'hirondelle.

« Il est inadmissible que je reste dans la situation qui m'est faite. Il y a plus de deux ans que je n'ai dormi, il y a quarante-six mois que je n'ai mangé. Il y a vingt et un mois que je vis avec des gens qui n'ont plus rien de naturel, vingt et un mois que je suis en butte à une persécution de la part des gens que je connais, sans compter ceux que je ne connais pas. Aussi, mon existence est devenue intolérable.

« Jamais je n'ai si bien compris la fausse position dans laquelle se trouve un malheureux cerf assailli par une meute : c'est après *moi* qu'on sonne l'hallali !

« Mon royaume n'est pas de ce monde.

« J'ai pour l'immense azur l'amour de l'hirondelle.

« Je suis saoul d'électricité, saoul d'entendre parler, saoul de voir des singeries. Je suis devenu sourd de l'oreille droite. J'ai la jambe gauche pleine de varices !

« Attention que la bande de crapules qui me torturent ne se torchent pas avec mes lettres.

« Pierre D... — Coucou. »

C'est bien un délire de persécution avec son cortège d'hallucinations multiples qui a succédé à l'idée fixe première. La période de transformation de la personnalité n'est encore qu'ébauchée, et ne se traduit que par quelques idées d'orgueil, perdues au milieu des idées de persécution.

Observation XIX (Personnelle). — *Idée fixe par interprétations délirantes. Hallucinations consécutives. Délire chronique.*

M.... Georges, quarante ans, comptable.

A noter pour tout antécédent : une fièvre typhoïde à l'âge de huit ans.

Le malade a puisé dans des chagrins domestiques peut-être, d'ailleurs également imaginaires, l'origine de ses malaises. S'étant aperçu en 1894, que sa femme entretenait des relations intimes avec le frère de son patron, il quitta la maison où il travaillait à la suite d'une scène de violence provoquée par ses soupçons. Puis, comme il ne pouvait, à la suite de ce qui s'était passé, vivre en bonne harmonie avec sa femme, il l'autorisa à se retirer dans sa famille jusqu'après ses couches, ignorant qu'il existait aussi des relations entre elle et son oncle.

Il la revit quatre mois plus tard sur son lit de mort à la suite de ses couches. Une pièce que sa femme croyait avoir près d'elle, et qu'elle voulait lui remettre, avait disparu. Ce pouvait être un testament annulant celui de son oncle deux ou trois jours auparavant, alors qu'il était encore à Paris. Le soir, elle mourait ayant auprès d'elle sa famille qui s'était emparée de tout ce qui se trouvait chez lui, argent, papiers, clefs.

Ne pouvant, dans la situation où il se trouvait, conserver son enfant près de lui, il se décida, malgré les inquiétudes qui l'assaillaient déjà, à le confier à une garde. Le lendemain du jour où il l'avait apporté, il s'aperçut qu'on avait changé l'enfant (?). Ce fut pour lui un trait de lumière; tout s'expliquait, les manœuvres de la famille de sa femme et la substitution de l'enfant : le but était de s'emparer d'une somme de 100.000 francs provenant du gain d'obligations (?) qui se trouvaient dans ce que sa femme lui avait apporté en mariage (?).

Voilà donc un homme d'abord simplement défiant et ombrageux, arrivant par une série d'interprétations délirantes à l'*idée fixe* qu'on lui a changé son enfant dans le but de s'emparer de sa fortune.

Il commence dès lors à agir dans le sens de son idée et à commettre des actes marqués au sceau de la folie et qui vont rapidement amener son internement. Il demande une enquête au Procureur de la République, enquête qui, naturellement, ne donne aucun résultat. Pour vivre, il se met à travailler à droite et à gauche, mais déjà on le tracassait, on l'empêchait de gagner sa vie.

Les hallucinations de l'ouïe apparurent rapidement; on répondait à sa pensée, on l'injuriait, on indisposait tout le monde contre lui.

On l'interna en 1895.

Dans des rapports soigneusements rédigés et adressés à la Justice, il expose ses griefs et réclame justice.

On a indignement abusé de sa confiance; on a fait ses affaires en son lieu et place sans qu'il lui soit seulement possible d'en avoir connaissance. Son avoué lui a extorqué sa signature et son pouvoir et c'est muni de ce pouvoir qu'il a accaparé toutes ses affaires.

Son *état actuel* est celui du délire de persécution à son complet développement.

Il se joue autour de lui une comédie qui n'est qu'un odieux chantage. Tous ceux qui l'entourent sont payés par la famille de sa femme pour le faire disparaître, dans la crainte qu'il ne réclame contre eux.

Ses persécuteurs ne lui épargnent aucune souffrance ; on « le fait mourir à petit feu ».

Les hallucinations de l'ouïe ont augmenté de fréquence et le trouble a gagné les autres sens et aussi la sensibilité générale.

Il est continuellement sous l'influence de l'hypnotisme, et c'est de cette façon qu'on est arrivé à se rendre maître de lui ; on lui fait prendre du mercure, de la créosote, de l'arsenic, un tas de drogues et de poisons dans les aliments. La nuit, il ne peut dormir ; on le viole, on le peigne, on lui provoque des fistules et des hernies.

Le délire ambitieux occupe le second plan et est encore bien effacé ; il se borne à l'idée qu'on l'a voulu déposséder d'une somme de 100.000 francs, patrimoine de sa femme, du moins le suppose-t-il, car il ne fournit pas plus de preuves de cela que de la trahison de sa femme et de la substitution d'enfant dont il parle ; ses arguments sont faibles.

5° *Idée fixe dans l'hystérie.* — L'idée fixe dans l'hystérie se confond avec l'étude des idées conscientes et subconscientes circonscrites. C'est ce qu'a développé magistralement P. Janet[1] dans ses recherches expérimentales, relatives « non pas uniquement à des idées obsédantes d'ordre intellectuel, mais à des états émotifs persistants, à des états de la personnalité qui restent *immuables*, en un mot à des états psychologiques, qui, une fois constitués, *persistent indéfiniment* et ne se modifient plus suffisamment pour s'adapter aux conditions variables du milieu environnant ». Tel est ce que M. Janet appelle l'idée fixe dans un sens fort large. C'est également ce qu'on trouvera dans les travaux de G. Ballet[2] et Souques[3].

L'idée fixe s'y traduit le plus souvent par un symptôme physique dont la nature est en rapport avec son objet.

Elle peut donner naissance, en passant de l'idée fixe primitive consciente à l'état d'idée fixe subconsciente, à des symp-

[1] *Névroses et idées fixes*, t. I, Paris, 1898.

[2] *Abasies par obsessions et idées fixes.* (*Semaine médicale*, janvier 1898.

[3] *Archives de Neurologie*, 1895.

tômes en apparence différents, tels que sommeil, somnambulisme, insomnie, mais au fond des plus connexes. Le sommeil sous forme de crise est une rêverie absorbante qui supprime la perception des autres phénomènes et se rapproche beaucoup des somnambulismes; on constate entre eux toutes les transitions et on peut voir le même sujet passer de l'un à l'autre. L'insomnie n'est qu'un phénomène secondaire, la conclusion d'un rêve terrifiant qui, par les émotions et les mouvements qu'il détermine, amène le réveil. Le fait essentiel est le rêve et son développement exagéré. D'ailleurs en certains cas les trois phénomènes se présentent chez le même sujet à propos de la même idée fixe (P. Janet).

Peut-être ces recherches éclaireront-elles un jour les phénomènes complexes de l'aliénation mentale proprement dite. C'est encore un terrain à part.

RECUEIL DE FAITS

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DE L'HUMÉRUS GAUCHE DANS UN CAS D'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE ;

Par M. Raymond BERNARD,
Médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Chen... (Baptiste-Lucien) soldat de 2e classe au 97e régiment d'infanterie entre à l'hôpital Desgenettes le 15 mars 1898, pour une atrophie du bras gauche. Il est envoyé de Montmélian pour être soumis à une observation complète et présenté, s'il y a lieu, à la commission de réforme. La difformité date de l'enfance, elle est très apparente ; mais la musculature du sujet étant vigoureuse, la gêne fonctionnelle n'est pas très considérable.

Antécédents. — Chen... est né à Artos (Isère) le 3 décembre 1876, dans une famille robuste. D'après lui, son *père* est rhumatisant sa grand'mère paternelle était rhumatisante, son grand-père paternel est mort jeune par accident. Sa *mère* est très nerveuse, elle a eu des attaques de nerfs, elle a une sorte de paralysie du bras gauche accompagnée de troubles de la sensibilité : ce bras

est faible et la main est maladroite, elle tient mal les objets et les laisse échapper facilement. Il n'a pas de renseignements sur ses grands-parents du côté maternel. — Il a eu deux *frères* : l'un plus âgé que lui est mort à six mois dans des convulsions, l'autre plus jeune est bien constitué, — on ne lui connaît d'autre infirmité qu'une hernie apparue peu après sa naissance. — Une *sœur* qui est vivante et bien portante.

Lui-même était bien conformé quand il est né. Sa mère avait eu une frayeur pendant sa grossesse, mais il était arrivé à terme, et ses deux bras sont restés égaux jusqu'à l'âge de dix-huit mois.

A cette époque, il a eu une maladie grave, des convulsions [1] qui ont laissé après elles une paralysie incomplète du côté gauche.

Chen... nous a montré une photographie où il se trouve représenté à douze ans avec ses camarades de classe : il est au moins aussi développé qu'eux, mais sa figure est déjà un peu asymétrique, la fente palpébrale gauche est un peu plus ouverte, et la commissure labiale tombe un peu de ce côté.

En 1896, Chen. . a souffert d'une « fluxion de poitrine ». Des convulsions se sont produites à cette occasion et la convalescence a été longue, pénible, surtout à cause de maux de tête très persistants : ces maux de tête sont fréquents chez Chen..., ils s'ajoutent à toutes ses indispositions, à toutes ses fatigues il suffirait même de quelques mouvements brusques (*sauts* par exemple) pour les rappeler : c'est le côté droit de la tête qui est le plus endolori.

Le 1er janvier 1898, Chen... étant en permission a été pris de

[1] La mère de Chen... a bien voulu répondre par les renseignements suivants aux questions qui lui ont été adressées pour préciser ce point des antécédents de son fils. Au septième mois de sa grossesse, elle a été serrée par un bœuf contre un mur et elle a eu grand'peur : elle a souffert beaucoup du reste et a fait appeler le médecin par peur d'un avortement. Cependant l'accouchement s'est fait à terme et sans aucune complication, quoique un peu long. Depuis l'accident elle est restée souffrante. L'enfant était bien conformé à la naissance, on n'a constaté aucune anomalie, aucune douleur, dans le membre supérieur gauche jusqu'à la maladie convulsive indiquée par Chen... Ces convulsions raidissaient tous le corps de l'enfant, surtout le côté gauche, et dans le côté gauche surtout le bras. Pendant la convalescence il y avait de la raideur de ce côté. On a remarqué tout de suite qu'il était plus faible que l'autre. L'enfant « grognait lorsqu'on voulait lui faire ployer le bras pour l'habiller et lorsqu'on serrait un peu le côté gauche ». Deux mois après (à vingt mois) on s'apercevait déjà que le bras gauche était plus court que le droit. Ce membre est resté raide plus longtemps que les autres membres, et moins actif dans ses mouvements. La jambe était tordue jusqu'à l'âge de cinq ans, elle ne marchait pas, elle s'accrochait à l'autre, « depuis l'âge de cinq ans elle est toujours allée en se redressant insensiblement. » — Il n'y a ni syphilis ni alcoolisme chez les ascendants.

fièvre avec céphalalgie violente, courbature, anorexie, diarrhée, épistaxis. Le médecin appelé parla de fièvre muqueuse ; mais il délivra plus tard au malade un certificat constatant une méningite et établissant une relation entre les phénomènes cérébraux actuels et l'impotence du bras gauche (?) Chen... rentre mal remis à Montmélian, se rétablit tout à fait à l'hôpital et arrive à Lyon en bonne santé.

Etat actuel. — C'est un garçon vigoureux et bien conformé pour sa taille (1 m. 64) ni amaigri, ni anémié : son teint est frais, ses joues sont un peu creuses par suite plutôt d'une conformation naturelle que d'une nutrition insuffisante. Toutes les fonctions physiologiques s'exercent normalement et Chen... ne se dit pas malade, mais seulement gêné par l'infirmité de son bras gauche.

L'inégalité des deux bras est manifeste (voir les photographies), le déficit du côté gauche est de 55 millimètres d'après les mensurations faites à diverses reprises.

	COTÉ DROIT	COTÉ GAUCHE
1° De l'extrémité acromiale à l'apophyse styloïde du radius	0m,555	0m,510
2° De l'extrémité acromiale au sommet de l'épicondyle	0m,310	0m,265
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius	0m,275	0m,270
3° Longueur des clavicules.	0m,150	0m,150
4° De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure	0m,165	0m,150
De l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure.	0m,155	0m,150

La mensuration du thorax au cyrtomètre indique une légère différence au profit de l'hémithorax droit.

Ces chiffres montrent que l'asymétrie est localisée presque exclusivement sur le segment huméral du membre supérieur droit.

	BRAS DROIT	BRAS GAUCHE
Au niveau du V.	0m,270	0m,270
Au milieu du biceps.	0m,305	0m,295

Les différences de volume ne sont pas appréciables à première vue comme les différences de longueur ; on est frappé au contraire

par l'intégrité des masses musculaires et par l'apparence tout à fait normale de leur disposition anatomique. Les circonférences des deux bras sont du reste à peu près égales.

Fig. 1.

Ces différences ne deviennent sensibles que si l'on étudie en détail les divers muscles et si l'on analyse leurs mouvements.

Musculature. — Les muscles du cou paraissent normaux. Les sterno-mastoïdiens sont égaux; le *trapèze* gauche est plus volumineux, son bord supérieur est plus dur et plus épais. Le *grand pectoral* au contraire est plus épais et plus résistant à droite; il en est de même du grand dorsal — jugé par le volume de son bord antérieur — et du rhomboïde : il n'est pas possible d'apprécier le volume de l'angulaire. Les digitations du *grand dentelé* sont visibles des deux côtés; mais elles sont plus grêles et plus molles du côté gauche.

Deltoïde. Pris à pleines mains ce muscle ne paraît pas différent à gauche de ce qu'il est à droite : cependant la masse des faisceaux musculaires est moins épaisse à gauche, la dépression sous-acromiale est moins couverte, plus accessible et cependant la silhouette du moignon de l'épaule dessine la même courbe : les deux profils sont superposables. C'est que les couches superficielles sont un peu plus flasques et plus épaisses aussi à gauche. Il est plus facile de plisser la peau de ce côté et le pli est plus gros. Les fosses sus et sous-épineuses sont plus apparentes à gauche, les muscles correspondants sont moins volumineux et moins résistants.

Biceps. La longue portion est plus grêle et plus molle à gauche. La courte portion au contraire et le coraco-brachial ont plus d'épaisseur et de fermeté : sur ce point, l'asymétrie des deux bras est plus marquée. Le triceps brachial gauche est plus mince et moins résistant que le droit. A l'avant-bras, les différences d'un côté à l'autre ne sont pas appréciables.

Toutes ces petites inégalités se totalisent en une différence d'aspect plus facile à constater qu'à expliquer par des mensurations précises. Les formes dans leur ensemble sont plus nettement masculines à droite, à gauche elles tendent au féminisme.

Motilité. — Ces défectuosités de la musculature ont pour conséquence un affaiblissement relatif dont le malade a le sentiment très net et dont l'exploration au dynamomètre donne la mesure approximative :

Pression de la main droite.	47 kg.
— — gauche.	36 —
Pression du jarret droit.	20 —
— — gauche.	14 —

Cet affaiblissement se retrouve dans l'analyse des mouvements du membre supérieur.

L'*élévation des épaules* (haussement) est symétrique. Quand le rejet des épaules en arrière, avec effort pour joindre les coudes, fait saillir les muscles de la région interscapulaire, le relief du rhomboïde est bien plus marqué à droite. La *projection des bras en avant* avec effort pour repousser (mouvement typique pour la paralysie du grand dentelé), se fait sans anomalie appréciable en arrière ; mais ce mouvement d'extension en avant,

Fig. 2.

surtout quand la position est maintenue longtemps, met en évidence l'inégal développement des muscles de l'épaule. Le deltoïde a des faisceaux plus courts du côté gauche, et de ce côté le faisceau antérieur est plus fort tandis que les faisceaux

Fig. 3.

moyen et postérieur sont plus grêles. Le triceps brachial est vigoureusement contracté à droite, il l'est faiblement à gauche, de ce côté aussi la brièveté de la masse musculaire est évidente ; au contraire la longueur de la portion tendineuse du muscle est égale à droite et à gauche. Dans ce mouvement on constate encore que les muscles de l'avant-bras font un relief plus accusé à droite. Chen... a beaucoup de peine à maintenir son membre supérieur gauche dans cette position, il le laisse retomber peu à

peu malgré ses efforts, et un tremblement léger apparait. En même temps l'aisselle gauche se baigne de sueur tandis que l'aisselle droite est à peine moite. — *L'élévation du bras* en abduction reste incomplète à gauche, il en est de même de l'élé-

Fig. 4.

vation du bras au-dessus de la tête, malgré une forte contraction compensatrice du trapèze et un mouvement de bascule de l'omoplate. — Le mouvement de moulinet est complet à droite; à gauche malgré une forte inclinaison du tronc vers le côté opposé, le cône décrit par le bras reste orienté en avant, en dehors et un peu en bas. — La *flexion de l'avant-bras* sur le bras accentue l'asymétrie des biceps. A gauche le ventre de ce muscle parait déjeté en dedans comme si, la longue portion étant inerte, tout l'effort por-

tait sur la courte portion et le coraco-brachial : le tendon bicipital et son expansion sont plus forts à droite. La corde du long supinateur est mieux tendue à droite. — La pronation et la supination s'effectuent avec une égale facilité des deux côtés, mais on l'arrête plus facilement à gauche. Il en est de même pour la flexion et l'extension des poignets.

Les mouvements du tronc, du bassin, des membres inférieurs ne diffèrent pas d'un côté à l'autre. — La marche se fait sans aucune irrégularité.

L'asymétrie reparaît dans le détail des *mouvements de la face*. La fente palpébrale gauche paraît un peu plus longue et un peu plus fermée, la pupille gauche au contraire est plus dilatée. Chen... ne ferme pas facilement les yeux isolés mais il a moins de difficulté à fermer le gauche. Ses élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure sont plus faibles que leurs congénères de droite : cela se voit surtout dans le sourire et l'expression du mépris. La langue n'est pas déviée au repos, ses mouvements sont normaux. La luette est un peu déviée à droite.

Les mouvements *réflexes* peuvent être considérés comme normaux des deux côtés, bien qu'ils semblent relativement affaiblis à gauche : l'examen a porté sur les réflexes plantaire, abdominal, crémastérien, rotulien, calcanéen, olécrânien.

Mouvements involontaires. — Il n'y a jamais eu chez Chen... de mouvements athétosiques ou choréiques, mais il lui arrive souvent quand il est immobile, de sentir de petits mouvements involontaires dans l'épaule gauche et dans le bras, jamais ailleurs. Il s'agit de contractions fasciculaires qu'il est facile d'apercevoir quand on fait rester le malade au repos. Chen... dit encore qu'il éprouve parfois un léger tremblement dans le côté gauche, mais quelquefois aussi à droite.

La *sensibilité* est normale dans tous ses modes. L'acuité visuelle et auditive est normale et égale des deux côtés : il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Les *troubles trophiques* sont peu nombreux. L'humérus gauche si raccourci est plus mince que l'humérus droit au moins dans la partie diaphysaire. Cela est sensible à la simple palpation, et la radioscopie montre bien qu'il ne s'agit pas d'une apparence. Les extrémités de l'os au contraire sont normales; la tête de l'humérus a le même volume des deux côtés. De plus il y a à gauche une *lésion articulaire :* dans les mouvements passifs de l'épaule on constate déjà une résistance qui doit intervenir aussi pour une part dans la limitation des mouvements actifs, quand ces mouvements quels qu'ils soient sont un peu forcés. Chen... se plaint d'un tiraillement douloureux dans la jointure; c'est une douleur qu'il a toujours éprouvée depuis son enfance, il la ressent mieux depuis que, par son incorporation, il est obligé à des exercices actifs. Cette

ankylose incomplète de l'épaule est très apparente sur les radiographies.

La gracilité de certains groupes de muscles a été signalée déjà. Il s'agit plutôt d'un développement incomplet que d'une atrophie car les *réactions électriques* sont les mêmes à gauche et à droite pour l'excitation faradique : l'excitabilité galvanique des muscles n'a pas été étudiée.

L'arrêt de développement porte aussi sur le système vasculaire, l'*artère radiale* est plus fine à gauche, le pouls plus faible. Les réactions vaso-motrices sont plus faciles de ce côté : le frottement de la peau fait apparaître une raie rouge persistante ; l'aisselle est constamment baignée de *sueur* à gauche, même au repos, tandis que l'aisselle droite reste sèche. Il n'y a pas de différence de *température* entre les deux côtés.

Chen... porte peu de stigmates de dégénérescence. Les oreilles, le crâne, la bouche (dents, palais) sont bien conformés, les mains aussi, il n'a pas d'oligodactylie cubitale, mais l'axe des deux derniers doigts décrit une légère concavité qui s'oppose à une concavité des deux premiers. Cette faible anomalie est un peu plus apparente à la main droite.

Les testicules sont bien conformés. Le testicule gauche est plus petit, moins déclive ; il remonte souvent vers l'anneau inguinal. Le prépuce n'est pas long, le méat est largement ouvert par un *hypospadias* qui s'arrête au niveau du sillon balano-prépucial. Le système pileux est bien développé, il n'y a rien d'anormal sur la peau : quelques *nævi* pigmentaires très clairsemés. Le fonctionnement des appareils digestifs, circulatoire, urinaire, etc... est tout à fait régulier.

Chen... sait lire et écrire, sa mémoire est assez fidèle ; mais son esprit n'est *pas très vif* et il n'a pas beaucoup de goût pour le travail intellectuel. La lecture, dit-il, le fatigue, elle aggrave des vertiges et des défaillances auxquels il est sujet, et augmente un mal de tête qui se cantonne avec ténacité dans la région pariétale droite et qui résiste à des doses répétées d'antipyrine. Chen... s'est plaint souvent de cette céphalée.

Chen... a été réformé le 28 mai 1898.

Il s'agit en résumé d'un homme qui, des suites d'une affection nerveuse aiguë de l'enfance, a gardé une amyotrophie hémilatérale gauche diffuse, à peine appréciable. Son humérus gauche, au contraire, a subi un arrêt manifeste dans son développement.

Ainsi présenté, le fait trouve une explication facile. Cependant le diagnostic a présenté quelques difficultés. Chen... a été présenté à la Société de médecine de Lyon, devant la-

quelle, faute des renseignements précis fournis depuis par la mère, il a fallu discuter certaines hypothèses.

Chen... affirmait, d'une manière très catégorique, que son infirmité lui venait d'une maladie et non d'un accident ; il n'y avait donc pas à s'arrêter à l'idée d'une fracture ou d'un décollement épiphysaire. Ce dernier traumatisme entraîne pourtant assez souvent une difformité toute pareille à celle de Chen... On en peut voir des exemples décrits et figurés dans un travail récent de P.-S. de Magalheies [1] et dans les mémoires plus anciens de Vogt[2], Bruns[3], Jetter[4], etc... L'hypothèse de troubles trophiques consécutifs à une lésion articulaire était plausible, puisque l'examen direct de l'épaule et la radiographie s'accordaient à prouver l'existence d'une ankylose depuis longtemps douloureuse. La diffusion des troubles constatés et surtout l'histoire de la phase aiguë et infantile de l'affection ne vont pas avec une arthrite primitive. Pour les mêmes raisons, on ne pouvait admettre une malformation congénitale méconnue par les parents pendant les premiers mois de l'existence de l'enfant[5]. C'est certainement une affection du système nerveux qu'il fallait rechercher à l'origine de cette infirmité.

Une névrite peut arrêter le développement des régions innervées par le nerf malade [6]. A cet âge, en l'absence des facteurs étiologiques habituels, avec cette diffusion hémilatérale des altérations, c'est une hypothèse peu acceptable.

Les deux maladies susceptibles d'expliquer le fait actuel sont : la paralysie infantile et l'hémiplégie cérébrale infan-

[1] P.-S. de Magalheies. *Un cas de raccourcissement considérable du bras du côté gauche dû à un arrêt de croissance de l'humérus correspondant* (*Revue de chirurgie*, 1898, p. 442).

[2] P. Vogt. *Die traumatische Epiphysentrennung und deren Einfluss auf das Längenwachsthum der Röhrenknochen* (*Arch. de Langenbeck*, 1878, Bd. XXII, p. 343).

[3] P. Bruns. *Ueber traumatische Epiphysentrennung* (*Arch. de Langenbeck*, 1882, Bd. XXVII, p. 240).

[4] G. Jetter, cité par de Magalheies.

[5] Il y aurait même des atrophies professionnelles de l'humérus ! — Duparcque. *Mém. sur l'inégalité professionnelle de longueur des membres supérieurs considérée comme cause d'erreurs diagnostiques et pronostiques* (*Gaz. hebd.*, 23 janvier 1863, p. 55).

[6] L. Jacquet et Napieralski. *Névrite prolongée du membre inférieur droit avec arrêt de développement et hyperostose calcanéenne* (*Soc. méd. hôp.*, 20 mai 1898, p. 440).

tile. C'est à la paralysie infantile que l'on pense d'abord : les déformations qu'elle produit sont communes, le squelette est ordinairement atteint, quelquefois même il est atteint presque seul, l'intégrité des muscles étant relativement respectée. La participation de la face dans les altérations n'était pas un argument important contre elle, puisque les muscles innervés par le facial sont intéressés quelquefois dans la poliomyélite antérieure aiguë des enfants[1]. Mais l'état actuel des muscles, moins atrophiés qu'arrêtés dans leur accroissement, la conservation des réflexes, la répartition rigoureusement unilatérale des lésions, devaient inspirer des doutes, et d'autres considérations amenaient à conclure en faveur d'une sclérose cérébrale. L'intelligence de Chen... peut être considérée comme moyenne, suffisante ; cependant ses conceptions sont un peu lentes, son attention se fixe avec peine, il n'a aucune curiosité ; en un mot il ne pense pas beaucoup. On peut encore invoquer en faveur d'une lésion superficielle du cerveau la céphalalgie presque constante dont le malade se plaint, les petits mouvements involontaires qu'on remarque parfois dans les muscles de l'épaule gauche. L'absence de phénomènes spasmodiques a embarrassé un moment, mais les renseignements donnés par la mère ont appris qu'ils avaient existé pendant toute l'enfance de Chen,.. Le diagnostic de sclérose cérébrale semble bien légitime.

Au reste, l'observation actuelle n'est pas absolument isolée. M. Féré[2] a décrit chez les hémiplégiques infantiles des arrêts de développement des os tout à fait identiques à celui-ci. Dans les faits étudiés par lui, le trouble trophique est plus marqué aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs : mais il n'est pas aussi étroitement localisé que chez Chen... à un segment du squelette. M. Féré a résumé dans un tableau les chiffres recueillis dans ses mensurations. Chez les sujets normaux, le rapport entre les longueurs du bras et de l'avant-bras est de 72,3 à 100 en moyenne. Chez les hémiplégiques infantiles, l'écart minimum a été de 91,66 à 100.

[1] Béclère. *Un cas de paralysie spinale infantile avec participation du nerf facial* (*Soc. méd. hôp.*, 25 mars 1898, p. 269).

[2] Ch. Féré. *Note sur l'arrêt de développement des membres dans l'hémiplégie cérébrale infantile et sur ses analogies avec des malformations réputées congénitales* (*Rev. de méd.*, 1896, p. 115) ; — Du même. *Les proportions relatives des os du bras chez les hémiplégiques infantiles et les dégénérés* (*Soc. de biol.*, 1897, p. 9).

Dans le cas actuel, le rapport serait de 101,87 à 100. On voit que l'écart est considérablement réduit, puisque la proportion est renversée : l'avant-bras est plus long que le bras. L'anomalie est donc très marquée. Mais ce qu'il y a de très particulier chez Chen..., c'est que le rapport en question est éloigné des limites habituelles, même du côté sain. A droite, en effet, le rapport entre les longueurs respectives du bras et de l'avant-bras est de 100 à 88,7 ; c'est le rapport indiqué comme normal pour le fœtus par M. Féré (d'après Hamy). Faut-il croire que Chen... était déjà un dégénéré avant d'être un hémiplégique infantile? Il semble plus logique de supposer que la lésion cérébrale a retenti sur l'autre côté en frappant le côté hémiplégié, et que seule elle est responsable de cette double anomalie dans l'évolution des membres supérieurs. Ne voit-on pas chez les hémiplégiques adultes la force musculaire amoindrie même dans les membres indemnes?

Il y a certainement une part à faire au cerveau dans les arrêts du développement de ce genre; et il ne serait pas sans intérêt de rapprocher de pareils faits les lésions cérébrales observées dans certaines monstruosités[1]; mais une simple observation clinique sans examen anatomique ne comporte pas une pareille discussion.

ÉPILEPSIE : DEUX TRÉPANATIONS. PERSISTANCE DES ACCÈS;

Par M. JOURDAN,
Interne à l'asile Saint-Pierre (Marseille).

Ducul..., vingt-trois ans, verrier, est entré le 22 septembre 1897 à l'Asile public d'aliénés de Saint-Pierre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante ans, mère à quarante-cinq ans. Trois frères et une sœur morts très jeunes. Tuberculose du côté maternel. Pas d'épilepsie dans sa famille.

[1] Troisier. *Note sur l'état de la moelle épinière dans un cas d'hémimélie unithoracique* (*Arch. de physiol.*, IV, p. 72, 1871). — F. Dreyfous. *Arrêt de développement des membres supérieurs. Ectrodactylie. Altération des méninges localisée à la région des centres moteurs* (*Progr. méd.*, 1878, p. 483). — L. Edinger. *Rückenmark und Gehirn in einem Falle von angebornem Mangel eines Vorderarms* (*Arch. f. pathol. anat.*, LXXXIX, p. 46, 1882).

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de cinq ans. A sept ans et demi, premier accès. Un peu auparavant, il avait été très effrayé par les gendarmes qui le poursuivaient parce qu'il prenait du bois à la gare.

Au début, ces accès étaient peu nombreux, cinq à six par an. Ils passaient inaperçus tant leur durée était courte (quelques secondes). Il en a eu à l'école sans que l'instituteur s'en aperçoive, car il ne tombait pas, restait assis sur son banc. A dix-sept ans, il entre dans une verrerie. A partir de ce moment, les crises deviennent de plus en plus fortes et de plus en plus nombreuses, (trois ou quatre par jour). Il les sent venir : son caractère se modifie, il est plein de mauvaises idées, dit-il, et surtout de l'idée du suicide, il s'énerve ; il a des tremblements de tout le corps ; c'est dans cet état qu'arrive l'accès. Lorsque celui-ci est terminé, tout rentre dans l'ordre, D... redevient calme, il n'a plus de mauvaises idées. Il vit ainsi jusqu'à l'âge de vingt ans. A cette époque, il se jette après un accès, par la fenêtre, s'écrase le nez, se fait des contusions multiples ce qui l'oblige à entrer à l'hôpital de la Conception. Pendant son séjour dans cet hôpital, il a de nouvelles crises.

M. le Dr Poucel lui fait une *trépanation* de la partie supérieure de l'occipital gauche (avril 1896). Après l'opération, l'état du malade semble amélioré, il ne voit plus reparaître les accès et se croit complètement guéri. Six mois après l'opération, il est opéré de nouveau du même côté (il est impossible de savoir quels ont été les motifs de cette seconde opération ; novembre 1896). Quelques jours après, les accès reviennent, mais avec moins d'intensité. Il ne les sent plus venir, c'est-à-dire qu'il n'a plus, auparavant, d'idées mauvaises (tentatives de suicide, d'homicide), ni d'énervement. Il sort de la Conception sept mois après. Rentré chez lui, les accès deviennent de plus en plus forts, s'accompagnent d'excitation, ce qui l'engage à rentrer à la Conception où il reste quinze jours et est amené ensuite à l'Asile (22 septembre 1897). De ce moment au 14 mars 1899, époque à laquelle il entre à l'infirmerie où il est soumis au traitement par le *trional*, il a des accès nombreux avec agitation, environ 80 à 100 en un an.

Entré à l'infirmerie le 14 mars 1899, ce même jour à 11 heures il a une crise qui n'a pas duré cinq minutes ; à 1 h. 1/4 une autre de dix minutes ; à 3 h. 1/2 une troisième. Pendant la nuit du 14 au 15, trois accès à 11 heures, 2 heures et 5 heures.

15 *mars.* — Deux accès, l'un à 10 heures, l'autre à midi ; il a senti venir le dernier, l'infirmier lui a donné immédiatement un paquet de trional de 0,50, l'accès n'a duré que deux minutes. La nuit a été tranquille. Depuis ce jour, les crises se sont succédé à des intervalles plus ou moins réguliers, mais un fait à noter, c'est qu'il n'y a plus d'agitation.

Etat actuel. — Ce malade est plongé dans une prostration légère, il parle peu, la face présente des cicatrices de la variole, le nez est écrasé. Au niveau de l'occipital gauche se trouve une *dépression* de 8 à 10 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de hauteur. A ce niveau, on perçoit les battements artériels; le cerveau est en contact avec les téguments. Depuis quelques jours, ses crises s'accompagnent de *délire mystique;* il fait le mort, croit qu'il a été crucifié et que des anges l'emportent vers Dieu.

Cette observation ne saurait être concluante sur les résultats obtenus par le traitement de l'épilepsie par le trional. La quantité donnée de ce médicament a été insuffisante et irrégulièrement administrée. Peut-être pourrait-on attribuer au trional la disparition de l'excitation qui accompagnait les accès et qui n'a plus reparu depuis l'administration de ce médicament.

Poursuivant notre enquête sur l'action thérapeutique de la *trépanation* dans les maladies nerveuses, nous demandons à nos collègues des asiles de bien vouloir nous communiquer les cas de trépanation qu'ils ont dans leurs services et, dans les visites des asiles que nous faisons de temps en temps, nous demandons à voir les *trépanés*. C'est ainsi que, à l'asile Saint-Pierre de Marseille, M. le Dr Maunier nous a montré le malade, sujet de l'observation qui précède et que son interne, M. Jourdan, a eu l'obligeance de nous transmettre. Bien qu'elle offre quelques lacunes, elle n'en est pas moins d'un réel intérêt. Il en ressort, point capital, que la trépanation n'a pas guéri l'épilepsie. Il y a eu une rémission et, comme dans cette opération, il y a toujours, malgré les précautions les plus minutieuses, un écoulement sanguin considérable, la rémission qui suit d'habitude — mais non constamment — l'opération, peut être, dans une certaine mesure attribuée à cette perte de sang. Relevons la disparition de l'aura psychique, l'action du trional, et signalons la nécessité : 1° de toujours relever très exactement le nombre des accès, afin de bien juger l'action des traitements, médical et chirurgical; 2° d'avoir une description des accès, ce qui n'est pas toujours facile; 3° de faire, à l'occasion, une autopsie complète de ces malades et de conserver la calotte crânienne pour bien voir et décrire les lésions. BOURNEVILLE.

REVUE CRITIQUE.

I. Apuntes para el estudio estructural de la corteza visual del cerebro humano (con 5 fotogr.); par S. Ramon y Cajal. (*Rev. Ibero-Americana de cienc. med.*, Marzo, 1899. Madrid, 1899.)

Deux théories contraires dominent les conceptions actuelles de la structure et des fonctions de l'écorce du télencéphale : celle des *unicistes* qui, avec Meynert et Kölliker, croient à l'unité structurale et fonctionnelle de la cellule nerveuse et expliquent par les connexions périphériques la diversité des propriétés des diverses aires de l'écorce cérébrale ; celle des *particularistes* qui, à l'instar de Munk, de Flechsig, de Nissl, sans méconnaître l'importance des connexions périphériques, c'est-à-dire de la structure des appareils périphériques des sens, fait d'organisation et d'évolution phylogénique d'où résulte tout ce qu'il y a de vrai dans la doctrine de la spécificité des sensations, considèrent comme histologiquement fondée l'hétérogénéité fonctionnelle de chaque territoire du cortex. C'est afin de pouvoir prendre position à son tour dans ce débat, en toute connaissance de cause, que Ramon y Cajal inaugure une série d'études sur la structure comparée des diverses régions de l'écorce du cerveau humain.

L'examen histologique de cerveaux d'enfants de quinze, vingt et trente jours, par les méthodes de Weigert, de Golgi et de Nissl, lui a déjà révélé quelques détails « nouveaux » qu'il fait connaître dans cette première note sur les caractères morphologiques et fonctionnels des éléments constituant les couches de l'écorce du *cuneus* et de la scissure calcarine. Ce n'est qu'après avoir étudié ainsi toutes les provinces de l'écorce que Cajal formulera son jugement définitif sur la question. En attendant, ce n'est pas en vain, on le conçoit, que l'œil d'un Cajal a contemplé à son tour ces régions qu'avaient décrites à leur point de vue, avec les secours de la technique du temps, Vicq d'Azyr, Gennari, Baillarger, Meynert. Point de doute que l'écorce de la scissure calcarine ne se distingue des autres territoires corticaux par des caractères morphologiques tout à fait particuliers. Tandis que, des huit couches stratifiées de cette écorce, les trois premières, *la couche moléculaire*, ou couche des panaches des pyramides, *la couche des petites pyramides* et *la couche des pyramides moyennes* n'offrent rien de spécial, la quatrième couche, celle des *cellules étoilées* ou strie de

Gennari, caractérise éminemment au contraire la « rétine corticale », comme nous l'avons souvent appelée après Henschen. Là, dans ce complexus de fibres myéliniques, où tant de prolongements nerveux sont mêlés, Cajal a distingué : 1° des cellules nerveuses étoilées autochtones ; 2° des ramifications de fibres nerveuses de fort calibre montant de la substance blanche ; 3° des ramifications d'axones ascendants de cellules des couches inférieures (zone des grains, zone des pyramides géantes, zone des corpuscules polymorphes) ; 4° des ramifications collatérales d'axones de cellules des zones supérieures (couches des pyramides petites et moyennes). Des éléments spéciaux de forme variée, mitrale, semi-lunaire, etc., mais surtout étoilée, constituent donc en fort grand nombre cette quatrième couche, cellules dont les dendrites se ramifient exclusivement dans ce plexus nerveux. L'observation toujours plus approfondie de cette zone a déjà permis à Cajal de la subdiviser en deux (couches des grandes et des petites cellules étoilées) et d'y décrire : 1° des cellules étoilées géantes ; 2° des cellules étoilées moyennes à longs et forts axones descendants, à épaisses collatérales ascendantes et à collatérales destinées aux couches inférieures ; 3° des cellules petites à courts dendrites variqueux, à axone court, descendant, ascendant ou horizontal, et s'épuisant dans l'épaisseur même de la strie. De pyramides proprement dites, Cajal n'en a jamais aperçu en cette région.

Une autre particularité qui distingue l'écorce visuelle des autres aires corticales, même de l'aire sensitivo-motrice, où elles sont pourtant fort nombreuses, c'est le nombre des fibres ascendantes de fort calibre qui montent de la substance blanche pour se ramifier horizontalement dans la quatrième couche. Comme ces fibres conservent leur gaine de myéline jusqu'à leurs ramifications primaires et secondaires, elles contribuent surtout à donner au ruban de Vicq d'Azyr sa coloration blanche. Les fibrilles de ces axones ne laissent pas de contracter des rapports de contiguïté en nombre infini avec les corps et les dendrites des cellules indigènes de cette zone, c'est-à-dire de la couche des cellules étoilées, comme elles ont fait d'ailleurs pour les tiges des pyramides et des cellules des couches inférieures. Souvent ces longues fibres myéliniques croisent verticalement la strie de Gennari et vont au delà, jusque dans la couche des pyramides moyennes (troisième couche), puis se recourbent brusquement en bas ou s'infléchissent sur de grands espaces pour se résoudre finalement dans la couche des cellules étoilées en collatérales et en prolongements axiles terminaux. L'aire de distribution de ces fibres est énorme; leurs ramifications ultimes entrent certainement en contact avec des centaines de cellules nerveuses de la zone des cellules étoilées et avec un nombre considérable de grandes, de petites et de moyennes pyramides.

A quelle espèce de cellules appartiennent ces fibres nerveuses ? Sont ce des fibres optiques venues des centres optiques primaires, des fibres de projection, ou des fibres d'association intercorticale ? Il s'agit bien, selon CAJAL, de fibres optiques; voici les raisons sur lesquelles repose cette présomption :

« 1° Les fibres d'association, et, *a fortiori*, les fibres calleuses, sont beaucoup plus délicates que ces fibres afférentes de la région visuelle. Il n'y a pas jusqu'aux axones des pyramides géantes de l'écorce qui ne soient moins épais que la plupart des fibres considérées.

« 2° Les fibres blanches afférentes découvertes par nous en d'autres territoires de l'écorce du cerveau (*les fibres de* CAJAL, comme les appelle KÖLLIKER) ne manquent jamais dans l'écorce des régions de la sensibilité générale ou spéciale (écorce sensitivo-motrice, écorce acoustique, écorce visuelle, etc.); elles semblent au contraire faire défaut dans les aires corticales d'association.

« 3° La physiologie et l'anatomie s'accordent pour établir que la région visuelle doit recevoir un courant considérable de fibres optiques ; il est donc naturel de considérer comme appartenant à des faisceaux de cette nature les innombrables fibres myéliniques qui se distribuent dans la zone des cellules étoilées, dès qu'on admet que les puissants plexus nerveux que ces fibres contribuent à former, constituent en quelque sorte le facteur spécifique de la sphère visuelle. »

Enfin, de la couche sous-jacente, cinquième couche de cette aire corticale, couche des petites cellules sphéroïdales (*couche des grains*) ou *couche des petites cellules à axone ascendant*, comme la dénomme CAJAL, ainsi que de la septième *couche des cellules polymorphes*, montent d'innombrables axones qui, après avoir émis des collatérales dans les couches inférieures se ramifient dans le plexus optique, ou strie de GENNARI, entre les cellules étoilées de la quatrième zone. Ajoutez qu'en traversant cette région, les axones ascendants destinés à la couche moléculaire y abandonnent des collatérales, en même temps que nombre d'autres prolongements axiles de neurones des diverses couches stratifiées, et que, à travers cette strie, passent les tiges des pyramides géantes de la sixième couche et celles des corpuscule polymorphes, les dendrites ascendants des grains et les fascicules d'axones descendant des petites et moyennes pyramides des deuxième et troisième couches.

Les cellules de la couche des grains (cinquième couche ou *couche de petites cellules à axone ascendant*) sont des cellules petites, à dendrites descendants ou latéraux courts, dont un ou plusieurs prolongements montent dans la zone des cellules étoilées, à cylindraxe ascendant, émanant le plus souvent de l'extrémité inférieure du corps cellulaire et finissant par pénétrer dans la strie de GENNARI où il s'arborise.

La *couche des cellules pyramidales géantes*, ou sixième zone, est formée d'une ou deux rangées de puissants neurones dont l'énorme développement des dendrites basilaires frappe l'observateur; l'axone descend dans la substance blanche après avoir envoyé deux ou trois collatérales dans la couche des cellules polymorphes.

La *couche des cellules polymorphes*, ou septième zone, renferme quatre espèces d'éléments nerveux : 1° les plus nombreux sont des cellules fusiformes, ovoïdes, triangulaires, dont l'axone se recouvre en arc au-dessous des corps cellulaires avant de monter dans la zone des cellules étoilées et de s'y ramifier et envoie quelquefois un fin prolongement axile jusqu'à la substance blanche. Des collatérales sortent aussi de cet axone au cours de son trajet dans la couche des grains, destinées aux couches inférieures. La tige protoplasmique s'épuise dans la zone des cellules étoilées ; 2° cellules fusiformes ou triangulaires ; souvent de taille gigantesque, dont l'axe traverse toute l'écorce et monte jusque dans la couche moléculaire, non sans abandonner des collatérales destinées aux plexus de la zone de Gennari et à d'autres zones ; 3° cellules du deuxième type de Golgi, à cylindraxe court, s'arborisant dans cette même zone des cellules polymorphes ; 4° cellules triangulaires ou fusiformes, radialement orientées, dont l'axone pénètre dans la substance blanche ; ces derniers axones sont fort rares et gisent souvent en pleine substance blanche (8° couche). Dans le travail *in extenso* qu'il prépare, l'éminent histologiste espagnol divise ainsi en deux la couche des cellules polymorphes : 1° couche des grandes cellules à axones ascendants ; 2° couches des cellules polymorphes proprement dites ou couche des éléments fusiformes de Meynert ; la plupart des axones de ces derniers neurones descendent jusque dans la substance blanche.

Il semble bien résulter de cette première étude de morphologie comparée des éléments nerveux constituant les diverses couches stratifiées d'une aire fonctionnelle de l'écorce cérébrale, de l'aire de la « rétine corticale », qu'il existe des types cellulaires définis, à fonction également distincte et déterminée.

Cajal décrit encore deux types cellulaires nouveaux qu'il a découverts dans différentes régions de l'écorce.

Les cellules du premier type se rencontrent peut-être dans toutes les zones stratifiées des circonvolutions, quoique jusqu'ici Cajal ne les ait vues que dans celles des pyramides moyennes de l'aire corticale visuelle, dans l'aire motrice et dans l'aire acoustique, où ces neurones sont surtout fort nombreux. Du corps cellulaire, allongé, sortent deux panaches dendritiques fort longs, l'un ascendant, l'autre descendant ; les branches de celui-ci peuvent descendre jusque dans la zone des cellules polymorphes. L'axone, d'une finesse extrême, issu de la partie supérieure ou inférieure du cytoplasma, se décompose rapidement en une infinité de filaments

verticaux fasciculés, ascendants et descendants, si longs qu'ils traversent presque toute l'épaisseur de la substance grise. CAJAL a vu un véritable faisceau de filaments axiles s'appliquer aux tiges protoplasmiques et aux corps cellulaires des cellules pyramidales disposées en séries verticales ; il estime donc vraisemblable que ces nouveaux éléments nerveux, d'une morphologie si curieuse, appartiennent à la catégorie des neurones d'association, neurones à axones courts dont l'office est d'associer dans le sens vertical les pyramides situées dans des zones distinctes d'un territoire cortical.

Les cellules du second type sont des éléments dont le volume est presque aussi considérable que celui des grandes pyramides. Du corps cellulaire, de forme étoilée ou triangulaire, sortent trois ou un plus grand nombre de branches dendritiques horizontales, fort étendues, d'où partent des rameaux ascendants qui se divisent et se subdivisent sur de grands espaces dans l'écorce ; point d'épines sur ces rameaux dont les expansions ultimes sont très variqueuses. L'axone, puissant, à direction oblique ou horizontale, émet sur son trajet une multitude de collatérales. La terminaison de l'axone de ces neurones n'étant pas encore connue, on ne saurait porter un jugement définitif sur leur nature. Cependant l'orientation de ce prolongement, ainsi que d'autres raisons, rendent probable qu'ils représentent « une variété spéciale d'éléments d'association intracorticaux, éléments destinés à établir, à de grandes distances, des connexions entre des groupes de pyramides très écartées », quoique appartenant à un même territoire cortical. Bref, *ces éléments seraient, dans l'épaisseur de l'écorce, ce que sont, dans la couche moléculaire, les cellules de* CAJAL *et de* RETZIUS.

Les fibres myéliniques à fort calibre dont CAJAL a suivi les ramifications dans la 4e zone de l'écorce de l'aire visuelle lui ont rappelé celles qu'il a vues se distribuer dans l'aire sensitivo-motrice et qui proviennent sans doute de la voie sensitive centrale. Or là aussi aussi ces fibres se terminent électivement dans une couche de l'écorce grise où abondent, quoiqu'en moins grand nombre, des cellules étoilées spéciales. « Si, conclut CAJAL, ces faits se confirmaient pour toutes les sphères corticales de la sensibilité — les zones d'association de FLECHSIG demeurant en dehors — il serait légitime de considérer cette couche comme le facteur anatomique spécifique de l'écorce sensitivo-sensorielle, et, partant, comme le lieu d'élection où l'image du monde extérieur, recueillie par les sens, est projetée et transformée en sensation. »

Jules SOURY.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Le tribromure de salol; sa valeur comme hypnotique chez les aliénés ; par le Dr Viallon.

Si le nombre des hypnotiques s'accroît chaque jour, malheureusement la plupart de ces médicaments, si prônés au début, tombent bientôt dans l'oubli. Parmi les nouvelles acquisitions, il convient de signaler le tribromure de salol, médicament auquel les premiers expérimentateurs ont accordé une action hypnotique des plus importantes.

De l'expérimentation faite par l'auteur sur 35 aliénés, il résulte que l'efficacité du tribromure comme hypnotique chez les aliénés, se manifeste d'une façon particulière dans un seul groupe, chez les agités chroniques, chez les débiles et déments avec périodes d'excitation; chez les autres malades, son action n'est guère appréciable.

Aussi malgré son efficacité sur un certain groupe de malades, le tribromure n'est-il pas, d'après les conclusions de M. Viallon, un médicament à préconiser dans la thérapeutique des aliénés, à cause : 1° de son action hypnotique très inconstante et peu prononcée; 2° de son insolubilité et, par suite, des nombreuses difficultés dans son administration chez les aliénés agités; 3° de son prix actuellement très élevé. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899.) E. B.

II. Morphinomanie. Traitement par la méthode de sevrage rapide ; par M. G. Comar. (*Presse médicale*, 15 mars 1899.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de quarante-deux ans, sans aucune tare nerveuse héréditaire et sans antécédents spéciaux, qui, ayant été soumis, il y a huit ans, pour une otite aiguë, à un traitement par le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées, a continué depuis lors à user de ce médicament et est arrivé à en absorber une dose quotidienne de 12 grammes. A plusieurs reprises, il a essayé de se démorphiniser par la méthode lente; il y est parvenu trois fois, à une période où il ne prenait que des doses relativement faibles du toxique; mais la suppression a toujours été de courte durée (1 à 3 mois). Un quatrième essai de démorphinisation lente a échoué; la dose quotidienne absorbée par le malade était alors trop forte (5 grammes)

pour que cet essai pût réussir, et il n'a pu descendre au-dessous de 50 centigrammes. Après cette tentative infructueuse, il a augmenté de nouveau la quantité quotidienne de morphine, et est resté plusieurs années à 5 grammes ; puis, en l'espace de deux mois, il est passé de 5 à 12 grammes. Il a absorbé pendant plusieurs mois cette dose énorme; à la suite d'ennuis, il a essayé, sans succès, de s'empoisonner en s'injectant 25 grammes de chlorhydrate de morphine, et enfin, il est entré dans une maison de santé pour s'y faire traiter. Il représentait à ce moment le type accompli de la cachexie morphinique. M. Comar l'a traité par la suppression brusque. En neuf jours, il a pu, sans accident, supprimer totalement le poison. Un purgatif, au début de la cure et deux injections de 25 centigrammes de caféine le dixième jour, ont été les seuls médicaments qu'il ait fait prendre à son malade pendant toute la durée du traitement. L'hydrothérapie froide fut employée pendant la convalescence; celle-ci fut très rapide; le malade engraissa dans de très notables proportions, le sommeil reparut au bout de quelques jours sans qu'il fût nécessaire de prescrire des hypnotiques, et le malade put sortir de la maison de santé, en excellent état au physique et au moral, deux mois après son entrée.

L'auteur pense que, dans ce cas, l'emploi de la méthode lente eût entraîné rapidement la cachexie et eût maintenu longtemps le malade dans un état de faiblesse dont il n'eût pu faire les frais. Il a remarqué la nécessité du bon fonctionnement du tube digestif et de tous les organes qui doivent faire les frais des rénovations glandulaires qui suivent la suppression du poison. La diarrhée, les vomissements, les sueurs profuses, les urines abondantes, la salivation, etc., sont des symptômes favorables et qu'il faut respecter au cours de la démorphinisation. M. Comar admet avec M. Sollier que l'emploi des adjuvants destinés à remplacer la morphine ou à calmer la douleur pendant la suppression, ne fait qu'entraver la rénovation glandulaire et doit être rejeté. Il considère l'emploi des hypnotiques comme inutile et dangereux.

A. Fenayrou.

III. La morphinomanie; par M. le professeur Debove.
(*Presse médicale*, 1er février 1899.)

De la leçon sur la morphinomanie, faite par M. le professeur Debove dans son cours de pathologie interne, nous ne retiendrons que les points suivants : tout morphinisé ne devient pas morphinomane; pour devenir morphinomane, il faut une prédisposition spéciale, qu'il est bien difficile de définir d'une manière précise; certains sujets sont plus vulnérables que d'autre, mais on ne peut les reconnaître à l'avance; aussi, en pratique doit-on

agir, pour l'administration de la morphine avec autant de prudence que si cette prédisposition était constante et se rappeler que la morphinomanie peut toujours être créée par un emploi prolongé des injections.

Au point de vue du pronostic, M. Debove distingue entre les grands morphinomanes et les petits morphinomanes; les premiers, qui doivent leur état à une prédisposition plus accentuée, à une morphinisation invétérée, aux doses considérables de poison qu'ils absorbent, sont incurables; ils seront, d'une façon intermittente, les hôtes des maisons de santé, des hôpitaux, des asiles d'aliénés ou des prisons; les autres ont encore assez d'énergie pour se guérir et se guériront par le traitement moral combiné à la démorphinisation lente qui constitue pour cette catégorie de malades la méthode thérapeutique de choix. M. Debove préconise pour les grands morphinomanes l'internement dans une maison de santé. Il rejette la démorphinisation brusque, à cause des souffrances atroces qu'elle cause au malade et des dangers auxquels elle expose (collapsus, syncope mortelle), et la démorphinisation lente qui exigerait chez ces sujets une surveillance trop prolongée et trop difficile. Il est donc amené à adopter pour les grands morphinomanes la méthode rapide, avec ou sans substitution à la morphine (méthode substitutive) d'un autre poison plus facile à supprimer. On peut, dit-il, se servir utilement d'alcool, d'opium, d'antipyrine, pour soutenir les forces du malade et diminuer ses souffrances pendant les premiers jours de la démorphinisation; mais il faut aussi avoir soin de ne jamais laisser ces substances à la disposition du malade, et en cesser l'emploi le plus rapidement possible. Hitzig, attribuant à l'hyperacidité du suc gastrique, la plupart des accidents de la démorphinisation, conseille, pendant cette période, l'emploi des lavages d'estomac; ce moyen adjuvant, peut, d'après M. Debove, être remplacé efficacement par les alcalins ou le carbonate de chaux à haute dose.

A. Fenayrou.

IV. **Traitement de la maladie de Basedow par l'ovarine**; par M. Delaunay (de Poitiers). (*Presse médicale*, 21 janvier 1899.)

L'auteur a eu l'idée de traiter par l'ovarine une malade chez qui les symptômes du goître exophtalmique s'étaient développées au moment précis de la ménopause. L'administration de cette substance aux doses habituellement prescrites dans le traitement des accidents de la ménopause, amena presque immédiatement, une amélioration considérable, et bientôt une guérison qui semble devoir être définitive. Diverses médications, entre autres la thyroïdine, avaient été employées antérieurement et n'avaient donné qu'une amélioration insignifiante. A. Fenayrou.

V. Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires ; par MM. E. Brissaud et Feindel. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 8.)

Après avoir relaté plusieurs cas de torticolis mental ou de tics similaires qui ont été améliorés ou guéris par des séances d'immobilité et de mouvements appropriés, les auteurs concluent en disant que tout traitement des tics pour être efficace doit tendre à la rééducation de la volonté et à augmenter son pouvoir d'inhibition à l'égard d'actes purement automatiques. Pour obtenir ce résultat, il faut s'attacher à établir une association entre l'image motrice du tic qui est persistante et une image antagoniste curative qu'il s'agit de créer. Puis la suggestion, le repos absolu, l'immobilité, le silence, au besoin l'isolement, voilà les moyens thérapeutiques qui, employés isolément ou combinés, permettent d'espérer la guérison complète des tics d'habitude. Mais encore faut-il que ces actions portent leur effort respectivement et toutes à la fois sur l'état mental du sujet, car un tic, simple ou complexe, et quelle que soit sa cause, est fatalement une maladie mentale.

G. D.

VI. Contribution à l'étude de l'épilepsie et de son traitement; par Casimir Wislocki, médecin des consultations à l'hopital Saint-Roch, de Varsovie. (*Kronikabeckarska*, 15 mars.)

L'auteur considère l'épilepsie partielle ou essentielle comme le résultat de l'irritabilité de l'écorce cérébrale. Cette irritabilité peut être produite par une tumeur, comme dans l'épilepsie partielle ou par un corps qui existe dans les liquides de l'organisme au moment de l'accès et qui agit sur l'écorce cérébrale, comme dans l'épilepsie essentielle. Ici nous sommes en face de la théorie d'intoxication et d'autointoxication, qui soutient, que le corps irritant peut venir du dehors, (syphilis, saturnisme), ou être le résultat de la transformation des matières. Les corps qui agissent sur l'écorce cérébrale sont des leucomaïnes et toxalbumines; ce sont les produits de désassimilation des aliments azotés et de la désagrégation des tissus. L'urine émise après l'accès contient en masse de ces produits toxiques (Voisin, Bouchard, Unverricht, Krainski). Alors pour qu'il y ait un accès, il faut une irritabilité de l'écorce ou la présence dans l'organisme des produits toxiques.

La thérapeutique a deux voies à suivre : 1° Diminuer l'irritabilité de l'écorce, en opérant les tumeurs, calmer les systèmes nerveux, en donnant le brome; 2° agir sur les toxines de l'organisme par une nourriture appropriée.

La thérapeutique a fait beaucoup dans le premier cas, on fait des opérations, on abuse du bromure. Selon l'auteur, pour agir dans le second cas, il faut diminuer la consommation des produits

azotés et les remplacer par un véritable contre-poison des intoxications, le lait. L'auteur pendant quatre ans a traité 30 cas d'épilepsie essentielle par le régime lacté absolu; pour que ce régime soit mieux supporté, il donne différentes préparations comme le fromage blanc, koumys, kéfir. Si pour quelques raisons le régime lacté est mal toléré, le régime végétarien est celui qui se supporte mieux sans donner de toxalbumines et leucomaïnes. L'auteur a vu toujours les crises d'épilepsie diminuer; il cite le cas d'un garçon qui, sous l'influence de son oncle un vieux maniaque, a cessé tous les traitements; les accès devinrent excessivement fréquents; le malade, à cause de sa langue couverte de morsures, n'a pu prendre que du lait, les crises s'amendèrent; quand il était fatigué du régime, il reprenait de la viande, les accès recommençaient. Le malade effrayé recourait au lait.

L'auteur arrive à ces conclusions : que le lait ne peut amener l'intoxication, comme on le voit à chaque instant avec le brome. Qu'il ne peut produire de mauvais effet sur l'intelligence comme le fait le brome. Que le lait est un des meilleurs contrepoison contre les produits toxiques élaborés par l'organisme. Dans les cas où le lait et le brome ne peuvent pas être donnés longtempas on peut, pour mieux faire, les alterner. G. DE MAJEWSKA.

VII. Un cas de tétanos chez l'enfant de trois ans guéri par le sérum antitétanique ; par le Dr Edouard BERNHARDT. (*Gazeta Lekarska*, 18 mars.)

L'auteur est d'avis que chaque cas de tétanos guéri par le sérum doit être publié, car selon lui, la réaction contre l'emploi de la sérumthérapie est trop grande (Gottstin, Kassowitz, Purjesr) et ceci peut nuire à la propagation de ces bons moyens qui ont diminué la mortalité dans la proportion au moins de 50 p. 100. L'auteur a été appelé à la campagne près d'un enfant de trois à quatre ans, couché sur le ventre, la tête relevée en haut, le front ridé, lèvres contractées, de temps en temps un rire sardonique.

Le tronc et les membres inférieurs sont tranquilles et normaux, mais au toucher on sent une raideur extrême. Le moindre mouvement produit des secousses tétaniformes de tout le corps : ces secousses duraient dix minutes dans les membres inférieurs, elles sont moins longues au tronc et aux membres supérieurs. L'alimentation impossible, la parole changée. L'enfant avalait les liquides mais chaque déglutition forcée provoquait une contraction des muscles du visage et du pharynx.

L'inspection de la musculature antérieure impossible à cause de la position de l'enfant sur le ventre. Facultés intellectuelles intactes, température 35°,4 ; pouls, 104.

L'enfant regardait à la grange les travaux, son pied glissa et il

tomba. Le lendemain on a remarqué que l'enfant avait la tête un peu de côté, après survinrent les secousses. Les portes d'entrée du bacille de Nicolaïer étaient deux légères écorchures — une au niveau d'un tiers du cubital, l'autre sur la hanche. L'auteur administra du chloral et seulement le cinquième jour reçut le sérum de l'Institut Pasteur. Il a injecté seulement 3 centimètres cubes (chaque tube est de 10 centimètres cubes), la température de 35° a monté à 38°; les secousses cessèrent. Le lendemain on injecte le reste du flacon, l'enfant présente une éruption dans le genre de rubéole. Le jour suivant, l'auteur injecte le contenu du tube entier. L'enfant tousse, chaque fois expectore un liquide sanguinolent. On entend des râles dans la poitrine, les ganglions sont tuméfiés. Les mouvements passifs sont sans douleurs, mais les actifs provoquent les crises. La première fois l'enfant se couche sur le dos.

A l'injection du troisieme flacon les phénomènes s'aggravent, le tétanos généralisé se montre, l'enfant refuse toute nourriture, la période d'aggravation continue douze heures. Pour calmer l'exagération nerveuse on donne trois fois par jour la solution de chlorhydrate de morphine de 0,003 p. 100 d'eau. L'état s'améliore, l'enfant commence à avaler du pain.

On injecte le quatrième flacon, la période d'aggravation plus forte que les précédentes dure vingt heures ; l'enfant était presque froid, les secousses tétaniformes sont très fortes. Mais à la fin l'enfant reprend la vie et semble marcher vers la guérison.

On avait pris du sérum pendant douze jours ; une semaine l'état de l'enfant fut satisfaisant, mais après, les crises commencèrent, on donnait de nouveau la morphine. Le douzième jour on injecta le cinquième flacon. La période de réaction dura six heures et fut très inquiétante ; l'enfant était couvert de sueurs profuses, sur tout le corps se montra une éruption. Mais le lendemain l'enfant commença à marcher.

On injecte la moitié du sixième flacon, pendant deux jours la douleur, les secousses apparaissent, la faiblesse est très grande, mais après le troisième jour, tout disparaît et l'enfant commence à guérir. L'enfant guérit après trente-deux jours de traitement antitétanique et trente-sept jours après l'apparition des premiers phénomènes.

On voit qu'au commencement du traitement, l'organisme réagissait bien, la température montait, les secousses disparaissaient, mais avec l'emploi ultérieur la période réactionnaire dura plus ou moins longtemps, mais l'organisme revenait à la santé après chaque injection, d'une manière absolue.

L'auteur a recueilli 32 cas de tétanos connus jusqu'à ce jour, où le sérum fut appliqué, pour juger si la période réactionnaire dépend de chaque individu ou si elle est inhérente à la nature du sérum.

On a observé cinq fois l'élévation de la température, trois fois de l'urticaire, éruption pigmentaire deux fois, l'infiltration du lieu de l'injection deux fois, l'inflammation du tissu conjonctif une fois, l'inflammation des voies urinaires une fois, l'inflammation glandulaire trois fois.

Parmi ces 32 cas, il y avait 12 décès. Avant l'emploi du sérum la longueur de l'incubation influait beaucoup sur l'évolution du tétanos, plus l'incubation était longue, plus on avait une meilleure issue. Maintenant on peut dire que la guérison survient plus sûrement si l'emploi du sérum est immédiat après l'incubation.

L'auteur arrive aux conclusions que : 1° le sérum diminue la mortalité dans le tétanos au moins de 50 p. 100; 2° les phénomènes accessoires quoique graves passent sans laisser de traces; 3° chaque praticien dans le tétanos de Nicolaïer doit administrer le sérum. G. DE MAJEWSKA.

VIII. **Quelques mots sur la nature et les indications de la thérapeutique suggestive**; par le Dr FOREL. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 12.)

Par suggestion il faut entendre, d'après l'auteur, une représentation consciente, vive et interne, qui actionne le cerveau et produit d'une façon inconsciente, ou plus exactement subconsciente, un dynamisme nerveux quelconque, central ou irradiant la périphérie. Le dernier apparaît dans la conscience du sujet d'une façon qui l'étonne. Le sujet ne peut saisir le mécanisme par lequel la suggestion, c'est à dire la représentation constante actionnante, conduit au dynamisme, c'est à dire à l'effet, à ce qu'on appelle la réalisation de la suggestion.

Ce n'est pas dans le traitement de l'hystérie et bien moins encore dans celui des maladies mentales que la thérapeutique suggestive exerce sa véritable influence. Son véritable domaine est celui des troubles fonctionnels des principaux appareils. Il faut savoir en outre, en médecine comme en chirurgie, distinguer partout le facteur suggestif qui, selon les cas, s'ajoute aux symptômes d'une maladie ou aux éléments d'une guérison, ou se soustrait d'eux, et le traiter pour son compte, c'est à dire par la suggestion. G. D.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. Pathologie et criminalité; par E. Jentsch. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XX. N. F., VIII, 1897.)

Observation I. — Délit passionnel chez une hystérique de vingt-huit ans qui a vitriolé un prêtre, son amant. Faiblesse d'esprit.

Observation II. — Dégénéré de dix-huit ans, illettré, puéril et hardi, ayant volé un de ses camarades de concert avec deux autres ouvriers, à la suite d'une débauche commune. Atrophie congénitale du médius, de l'annulaire, et de l'auriculaire de la main gauche; l'indicateur n'a que la première phalange.

Observation III. — Jeune fille de vingt-quatre ans; grand nombre de vols et de leurres de toute espèce; mélange d'anomalies congénitales (aspect crétinoïde de la face, index céphalique très faible), de troubles intellectuels secondaires et de simulation. Folie morale chez une héréditaire dégénérée.

Observation IV. — Homme de soixante-deux ans, très méritant, ayant une carrière bien remplie, qui a assassiné sa femme, le jour même et au moment où, d'un commun accord, ils se présentaient tous deux au tribunal pour divorcer. Délire systématisé de jalousie. Irresponsabilité; quelque excitabilité; quelque hérédité névropathique. P. Keraval.

II. Quelques réflexions sur les expertises, à propos de l'examen médico-légal du meurtrier C..., et rapport sur son état mental; par le Dr S. Garnier.

Le maire d'une commune du Jura se promenait sur le champ de fête lorsqu'un individu se dirige vers lui et, sans dire un mot, saisissant M. G... d'une main, lui plonge de l'autre son couteau dans la gorge à plusieurs reprises.

L'assassin, à l'instruction, dit qu'il a tué M. G... parce que cet homme ne lui plaisait pas, « parce que, nommé par les Républicains, il faisait mine de les mépriser et de marcher du côté de la réaction. Du reste, en dehors de la politique, il n'avait rien à lui reprocher. Son crime était un crime politique. »

M. S. Garnier montra que ce crime se trouve être en réalité non un acte passionnel politique, mais un épiphénomène pathologique d'une folie dont les éléments constitutifs délirants, greffés sur les

préoccupations habituelles de l'inculpé, c'est-à-dire la politique, ont donné à cette folie sa caractéristique personnelle. En conséquence des conclusions du rapport légal, la Chambre des mises en accusation rendit un arrêt de non-lieu.

Dès que cette décision fut connue, un journal de la région, bien connu pour son intransigeance réactionnaire, proclama que l'effet produit par la décision de la cour était tout à fait affligeant. Dans une série d'articles presque quotidiens, où toute mesure était dépassée, le conseiller rapporteur et surtout le médecin expert furent vilipendés avec une désinvolture et une mauvaise foi cyniques : leur silence devant l'injure fut même qualifié de scandaleux.

L'auteur estime qu'une telle campagne de presse eût été rendue impossible si le rapport médico-légal, avant l'arrêt de non-lieu, avait pu être publié ou soumis à une commission médico-judiciaire. (*Annales médico-psychologiques*, février 1899.) E. B.

III. **Consultation médico-légale au sujet d'un internement** ; par le Dr Henry Bonnet.

Un nommé S..., ayant été interné à l'asile de Lehon, sortit calme et non guéri par décision du tribunal de Dinan.

Mal conseillé, il crut devoir se servir de cette décision pour attaquer en séquestration arbitraire, devant le tribunal de Saint-Malo, un médecin des environs de cette ville qui avait donné le certificat d'entrée.

Le tribunal de Saint-Malo, en déboutant S... de toutes ses demandes, fins et conclusions, donna complètement raison à toutes les déductions de la consultation qui avait été demandée à l'auteur. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1898.) E. B.

IV. **Médecine légale de l'alcoolisme**; par le Dr Lentz. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, mars 1899.)

Il faut distinguer, d'après l'auteur, parmi les sujets qui s'adonnent à l'alcool : les *buveurs d'habitude* et les *alcoolisés ou alcooliques*.

Chez le *buveur d'habitude*, étant donné qu'il ne présente encore aucune trace d'intoxication, l'alcool n'a qu'une influence accessoire et ne doit guère entrer en ligne de compte au point de vue de la responsabilité.

Les *alcoolisés* offrent deux types morbides bien déterminés : l'*intoxication alcoolique* (aiguë ou chronique) et les *formes délirantes alcooliques*.

Dans l'*intoxication alcoolique aiguë* ou *ivresse* la responsabilité doit rester entière, d'après M. Lentz, si l'ivresse évolue d'une façon normale. Les délinquants, au contraire, qui commettent des actes

répréhensibles au cours d'ivresses anormales caractérisées, soit par une exagération de l'un ou l'autre des phénomènes ordinaires de l'ébriété, soit par l'apparition de penchants ou d'instincts déréglés doivent jouir d'une irresponsabilité complète.

Dans l'*alcoolisme chronique*, c'est l'état de conservation ou de déchéance des facultés intellectuelles qui devra servir de guide pour apprécier le degré de responsabilité du sujet.

Quant aux *formes délirantes alcooliques* elles ne tirent de l'alcool même ou de l'influence alcoolique aucune particularité de nature à modifier la responsabilité des malades. Il en est de même dans les états délirants, convulsifs, somnambuliques, etc., qui se développent si facilement chez les dégénérés à la suite de quelques excès alcooliques. G. D.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. Les phénomènes de la distraction cérébrale et les états dits de dédoublement de la personnalité ; par le Dr Laupts.

On peut supposer, dans le cerveau intelligent deux groupes de centres : *a*) des centres de la mémoire et du langage intérieur, centres subalternes, centres domestiques, normalement soumis aux seconds et dirigeables par eux ; *b*) des centres de coordination intellectuelle supérieure, actionnés (hypothèse spiritualiste) ou non (hypothèse matérialiste) par une force de nature spéciale, qui font la pensée, dirigent et commandent les premiers : c'est, en bloc, le centre supérieur.

L'inhibition exercée par le centre supérieur sur les centres subalternes, inhibition qui est maxima dans les actes de la vie ordinaire, qui s'atténue lors du sommeil normal, pour devenir minima ou nulle lors de l'état hypnotique et des états analogues, peut, même à l'état de veille chez certains sujets, se trouver en défaut, être diminuée et donner lieu à des phénomènes auxquels on n'accorde peut-être pas une suffisante importance. Il arrive que tel être, comme s'il était hypnotisé, parle, agit, fait différents actes souvent bien combinés, sans en avoir conscience.

Cet état se rencontre fréquemment : on l'observe surtout chez les penseurs. On l'appelle *distraction* : alors que le cerveau vit, pense, que la personnalité, par conséquent, continue de s'affirmer intérieurement, certains centres accessoires sont *distraits* du méca-

nisme cérébral pour lequel ils ne sont momentanément pas nécessaires; ils évoluent alors en vertu des associations habituelles: leurs réflexes parfois bien combinés, bien synthétisés, sont provoqués par les objets, les sons, les images extérieurs, comme le sont ceux des hypnotisés; ils s'harmonisent souvent entre eux d'une façon suffisante pour amener l'apparition de pseudo-personnalités qui ne sont que les schémas généralement simples, souvent d'une grande banalité, sous la forme desquels les sujets observés avaient emmagasiné dans leur mémoire l'expression de telle personnalité existant ou ayant existé, Robespierre, Danton, Bonaparte, etc...

A l'état de veille cet état est appréciable chez les médiums; il n'est autre qu'une distraction plus complète, survenant chez des individus susceptibles par naissance ou par habitude, par exercice, de les provoquer ou de les faire provoquer souvent chez eux. Plus leur mémoire est riche, plus et mieux elle a été meublée dans les états habituels par l'intelligence, plus aussi on peut les trouver intéressants, car plus le schéma de la personnalité simulée par les centres secondaires est complet ou varié, ou bien combiné. Un médium ininstruit, stupide ne produirait qu'un Mahomet pauvre d'esprit, un Jules César imbécile, un Descartes inintelligent. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1898) E. B.

II. La descendance des alcooliques. Influence de l'hérédité paternelle; par les Drs Sabrazès et Brengues.

Les auteurs ont pu dresser l'arbre généalogique d'une lignée de buveurs d'habitude qui s'étend jusqu'à la cinquième génération inclusivement. L'arbre généalogique qui a été établi rend compte du rôle joué dans ce cas par l'hérédité paternelle.

Depuis le trisaïeul jusqu'à la génération actuelle l'alcoolisme sévit à tous les degrés et sous toutes les formes, avec ses funestes conséquences. Il résulte de ces faits que l'alcoolisme des ascendants n'aboutit pas nécessairement, ainsi qu'on l'a dit, à l'extinction de la famille, même à la quatrième génération, mais imprime à la descendance, des stigmates profonds de dégénérescence physique, intellectuelle et morale, et cela alors même que la ligne maternelle ne joue aucun rôle effectif dans l'hérédité morbide. (*Revue neurologique*, novembre 1898.) E. B.

III. La dermographie chez les aliénés; par MM. Téré et Lance. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 23.)

La possibilité d'écrire sur la peau en faisant saillir le derme a été rencontrée par les auteurs de ce travail à des degrés divers chez 48 aliénés sur 229. C'est chez les paralytiques généraux que ce phénomène a été noté le plus souvent. Chez ceux-ci, comme

en général chez les autres malades, l'intensité de l'urticaire artificiel est faible ou moyenne; dans deux cas seulement il s'est montré fort : chez un paralytique général et chez un dément qui présentaient tous deux des phénomènes de dépression très marqués.

La dépression générale de l'organisme ne paraît donc pas exclusive de la réaction vaso-motrice qui caractérise l'urticaire artificiel. G. D.

IV. **L'Occultisme scientifique**; par S. Crocq fils. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 19.)

La conclusion de ce travail est que les phénomènes occultes se relient intérieurement aux phénomènes spirites et que les expériences et les faits sur lesquels on se base pour affirmer l'existence de forces inconnues s'expliquent suffisamment par la fraude et par l'automatisme psychologique ou pathologique. G. D.

V. **Paralysie générale chez une imbécile**; par le Dr Cullerre.

Dans un mémoire sur la démence paralytique chez les imbéciles, publié en 1897, M. Luigi Cappelletti dit n'avoir trouvé dans la littérature spéciale que deux cas semblables à celui qui faisait l'objet de son travail. L'auteur en signale un troisième, cité en résumé dans la thèse d'un de ses anciens internes.

Chez cette imbécile, entrée à l'asile avec les signes cliniques d'une paralysie générale associée, le cerveau proprement dit pesait 737 grammes et l'encéphale entier 872. La paralysie générale ne serait donc pas le monopole des gens d'esprit : M. Cullerre a rencontré, au contraire, de nombreux débiles parmi les paralytiques de la classe rurale. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899.)

E. B.

VI. **Hallucinations religieuses et délire religieux transitoire dans l'épilepsie**; par le Dr H. Mabille.

L'auteur rapporte quatre observations intéressantes qui démontrent amplement l'influence des crises épileptiques sur la nature religieuse des hallucinations. Dans ces observations, en effet, les hallucinations paraissent presque aussitôt après la crise épileptique; elles se prolongent pendant un temps variable portant sur la vue ou sur l'ouïe, et le malade en a conscience, peut en rendre compte. Ces troubles de la sensibilité sont pour lui l'origine d'un délire mystique transitoire qui dure parfois plusieurs jours. Le délire religieux tend à disparaître en même temps que les crises épileptiques, fait qui confirme les rapports étroits unissant les crises aux hallucinations religieuses. (*Annales médico-psychologiques*, février 1899.) E. B.

VII. Quelques contributions à la psychologie du sommeil chez les sains d'esprit et chez les aliénés; par le Dr Pilcz.

D'une série d'observations faites sur ses propres rêves depuis plus de cinq années, et d'autre part sur les aliénés de la clinique psychiatrique de Vienne, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Une périodicité ou régularité de l'intensité des rêves n'est pas démontrable ; 2° il y a une certaine corrélation entre la profondeur du sommeil et la matière des rêves. Le sommeil le plus profond est sans rêves. Dans le sommeil d'une profondeur moyenne, des associations et des images plus anciennes apparaissent. Des impressions nouvelles ne s'entremêlent dans les rêves que lors d'un sommeil peu paisible; 3° dans le sommeil calme, chaque impression nouvelle n'est reproduite qu'après un temps assez long; 4° généralement les aliénés à formes chroniques ne rêvent pas de leurs idées morbides. (*Annales médico-psychologiques*, février 1899.)

E. B.

VIII. Lèpre et aliénation; par le professeur Kovalevsky.

On a observé chez les lépreux les lésions suivantes : méningites, hydrocéphalies aiguës, apoplexie, épilepsie, hémicranie, convulsions, maladies de la moelle, mélancolie, manie, démence. Ces données permettent de poser les conclusions suivantes : 1° des lésions du système nerveux central ont été observées chez des lépreux; 2° bien que rares, elles existent cependant; 3° il est désirable que l'attention des observateurs soit plus sérieusement dirigée sur cette question; 4° la lèpre doit être admise comme cause étiologique de l'aliénation ; 5° en fait de maladies mentales chez les lépreux, on a observé la mélancolie, la manie, la démence, l'amentia de Meynert.

A en juger d'après l'analogie de l'action des autres maladies infectieuses sur la sphère mentale, il paraîtrait que la lèpre pourrait plutôt faire naître l'amentia, que d'autres maladies mentales. (*Revue neurologique*, mars 1899.) E. B.

IX. Du sens algésique étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale; par le Dr Marandon de Montyel. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, septembre 1898.)

M. Marandon de Montyel a étudié la sensibilité à la douleur au moyen de la piqûre et du pincement chez 108 paralytiques généraux depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison. Dans 65 p. 100 des cas le sens algésique a été trouvé affaibli, aboli, exagéré ou simplement retardé. Ces modifications s'observent

surtout au début et à la période ultime de la maladie. Elles n'ont du reste aucune valeur diagnostique car il n'est pas démontré qu'elles précèdent les troubles moteurs et n'ont pas davantage de signification pronostique. G. D.

X. **Notes sur l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie toxiques dans les maladies nerveuses**; par le Dr Hascovec.

L'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie ont été observées dans quelques maladies nerveuses et souvent après l'empoisonnement par le sulfonal : l'auteur cite deux cas de ce dernier genre.

L'urobiline et l'hématoporphyrine peuvent se trouver dans l'urine à l'état normal mais c'est seulement dans les états morbides qu'elles y apparaissent en grande quantité. Si on observe l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie au cours d'une intoxication sulfonalique, on ne peut pas affirmer qu'elles sont dues à l'intoxication même, ni si elles ne sont pas un phénomène occasionnel. Il est possible que le sulfonal crée, dans certains cas, des conditions qui altèrent l'innervation normale des organes et des tissus de l'organisme; alors apparaît un échange nutritif anormal, à savoir l'urobilinurie ou l'hématoporphyrinurie. (*Revue neurologique*, avril 1899). E. B.

XI. **Dégénérescence et stigmates mentaux; malformation de l'ectoderme; myoclonie épisodique** (*paramyoclonus multiplex dans un cas de maladie de Recklinghausen*); par MM. Feindel et Froussard.

Observation intéressante de paramyoclonus multiplex chez un individu porteur des tumeurs cutanées et des nœvi pigmentaires qui caractérisent la maladie de Recklinghausen. Dégénérescence, stigmates congénitaux, maladie de Recklinghausen, sont chez le même sujet confondus, engrenés. C'est qu'ils sont une seule et même conséquence du même phénomène : le trouble de développement embryonnaire du feuillet ectodermique, sous l'influence de l'alcoolisme paternel.

Le feuillet ectodermique seul a eu son évolution troublée; de là les signes extérieurs de la maladie de Recklinghausen; mais la partie de l'ectoderme incluse dans le crâne et le canal neural n'est pas normale, elle n'a pas un fonctionnement parfait (défaut de l'intelligence, etc...), un choc peut faire éclater un trouble intense de cette portion incluse et le choc (accident grave), dans le cas actuel, a déterminé une myoclonie.

Cette observation est un argument en faveur de cette opinion que : les signes physiques de la maladie de Recklinghausen sont des stigmates de la dégénérescence, cette maladie représentant une

forme de dégénérescence. En résumé, le malade en question apparait comme un dégénéré portant pour stigmates de sa dégénérescence les symptômes physiques de la maladie de Recklinghausen et la myoclonie dont il est atteint est un produit de sa dégérescence. (*Revue neurologique*, janvier 1899.) E. Blin.

XII. Du rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la paralysie générale; par J. Crocq. (*Journ de Neurologie*, 1899, nos 6 et 7)

D'après l'auteur, la paralysie générale ne serait qu'une des nombreuses manifestations nerveuses de l'*état diathésique* c'est-à-dire d'un état morbide éminemment héréditaire caractérisé par une altération du système nerveux amenant à sa suite des troubles nutritifs ou intellectuels plus ou moins profonds et donnant lieu aux maladies diathésiques. A ce titre, les ascendants, comme les *descendants* du paralytique général sont toujours profondément diathésiques et comme tels présenteront une résistance organique moindre et pourront, suivant la qualité des croisements qui auront présidé à leur conception, être atteints d'affections diathésiques plus ou moins graves. G. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Dans la séance annuelle publique tenue par la Société le 21 octobre 1898, des discours ont été prononcés par : 1° le Dr A. Korniloff, agrégé : *Sur l'assistance des épileptiques;* 2° le professeur Kojevnikoff : *Les troubles de la circulation sous l'influence des émotions psychiques;* 3° le Dr Tokarsky : *L'hypnotisme et la suggestion au point de vue de la médecine légale.*

Séance du 22 janvier 1899.

W. Worobieff. — *Contribution à la question des particularités stigmates) physiques des aliénés.*

Parmi les particularités physiques, réputées comme stigmates

(physiques) de dégénérescence, l'auteur attire l'attention surtout sur la conformation de l'oreille externe. Il a examiné sous ce rapport, et d'après le schéma de Schwalbe, 325 ouvriers d'usine, originaires du gouvernement de Riazan. Il a constaté en tout 314 anomalies, notamment chez 186 de ces ouvriers (sains), ou 57,23 p. 100, tandis que 119 individus examinés, ou 42,77 p. 100, ne présentaient aucune anomalie de conformation du côté des oreilles.

En outre l'auteur a constaté parmi ces ouvriers de nombreux cas de difformations diverses des dents (en tout 264 anomalies dentaires chez 184 sujets). Pourtant ces deux catégories d'anomalies ne concordent point, et le plus grand nombre d'anomalies auriculaires se trouvent parmi ceux qui ne présentent aucune anomalie du côté des dents, et vice versa.

L'auteur en conclut que certaines anomalies auriculaires considérées comme stigmates de dégénérescence, n'ont pas d'autre valeur que celle de simples particularités individuelles, ou d'anomalies du type anatomique de l'oreille, mais sans rapport manifeste avec les troubles mentaux.

Discussion. — W. Jakovenko fait remarquer que l'insuffisance quantitative des recherches de l'auteur n'autorise pas à en tirer des conclusions catégoriques. D'autre part il n'a pas été fait mention dans le travail de Worobieff sur les particularités psychiques des sujets examinés. — L. Minor pense que la combinaison des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence n'est pas obligatoire chez le même individu. — W. Serbsky croit que les données de l'auteur permettent des conclusions inverses, à savoir qu'il existe beaucoup de dégénérés parmi la population ouvrière, d'apparence bien portante. — A. Bernstein ne croit pas logique d'opposer la population saine en général à celle des asiles d'aliénés, attendu que des deux côtés se trouvent également des dégénérés et des personnes non dégénérées. — W. Roth fait noter l'importance des photographies dans ce genre de recherches.

S. Nalbandoff. — *Un cas de myotonie familiale (maladie de Themsen), compliquée de tabès.*

N... présente deux frères, affectés de la maladie de Thomsen, chez lesquels la maladie est prononcée d'une façon très faible, de sorte qu'elle serait passée entièrement inaperçue, si l'aîné de ces deux frères ne s'était pas adressé à l'hôpital pour des symptômes tabétiques. Voici son observation succincte.

Georges E..., vingt-huit ans, bijoutier. *Père* alcoolique, *mère* morte de diabète. Le malade se disait toujours bien portant. Il y a huit ans, chancre avec tuméfaction indolore des glandes inguinales. Depuis un an remarque de l'ataxie dans les mouvements des membres inférieurs.

A l'examen on constate de l'ataxie manifeste, les signes de Romberg et de Westphall et des troubles de la sensibilité (hypoesthésie). En outre, symptômes manifestes de la maladie de Thomsen, dont le début se rapporte évidemment à l'âge de la première enfance. L'exécution des mouvements faibles ou d'intensité moyenne ne présente pas de difficultés, mais celle des mouvements énergiques ou forts est difficile ou impossible au début; à mesure que le mouvement s'exécute l'obstacle disparaît. Un morceau du muscle gastrocnémien excisé et examiné sous le microscope montre, à côté de l'hypertrophie des noyaux, l'hypertrophie des fibres musculaires.

Le frère du malade, Michel E..., âgé de dix-huit ans, présente des symptômes plus prononcés de la myotonie. En effet, le malade accuse la même difficulté des mouvements au début dans les muscles de la face et notamment à la mastication et aux mouvements des globes oculaires.

L'analyse des urines a montré chez les deux malades une augmentation de créatinine et une diminution notable d'acide urique. Les mêmes symptômes de myotonie se retrouvent chez un troisième frère, interrogé par lettre. On a soumis à un examen médical deux autres frères de ces malades (les plus âgés), et on a constaté chez ceux-ci rien qu'une inégalité des pupilles, comme chez les deux malades, et chez l'un d'eux un bruit à la pointe du cœur, comme chez l'un des deux myotoniques.

L'auteur pense que la maladie de Thomsen est une affection congénitale.

Secrétaires des séances : A. Bernstein, W. Mourawieff.

Séance du 19 février 1899.

P. Rossolimo. — *L'évolution récidivante de la polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance.*

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-quatre ans, sans aucuns antécédents personnels (pas d'infections, ni d'intoxications), qui présente pour la troisième fois le même symptôme complexe, qu'à l'âge de douze ans et de vingt et un ans. La durée des deux premières atteintes fut de six mois. Le début de toutes les trois atteintes fut progressif, de même que la terminaison des deux premières fut graduellement régressive. Dans les intervalles, guérison presque complète. Les deux dernières récidives eurent lieu trois mois et demi et un mois respectivement après des couches normales (les grossesses furent également normales). Toutes les deux fois, les principaux phénomènes du côté des membres furent précédés d'une parésie de courte durée du nerf moteur oculaire externe du côté droit. L'affection consiste en une parésie à évolution progressive de tous les quatre membres avec ataxie, atrophie

musculaire, secousses fibrillaires (notamment dans les membres supérieurs); anesthésies légères dans les parties périphériques des membres; certaine *sensibilité* à la palpation des *troncs nerveux, notablement gonflés et durs*, et qui, aux membres supérieurs, présentent en outre des nodosités; ensuite disparition des réflexes tendineux, intégrité des organes pelviens, parfois inégalité pupillaire, allusion au signe d'Argyll Robertson, *nystagmus* horizontal dynamique, cypho-scoliose, pied varo-équin, avec orteils en griffe et plantes voûtées.

M. Rossolimo fait le diagnostic de la forme de Déjerine, de névrite interstitielle, avec faible tendance à la généralisation et participation du nerf moteur oculaire externe, ayant déterminé les phénomènes dégénératifs subaigus; les deux dernières récidives sont dues à l'auto-intoxication puerpérale.

Discussion. — Le professeur Roth, qui a vu et examiné deux malades de Déjerine, trouve que chez la malade, présentée par Rossolimo, les troncs nerveux se comportent quelque peu autrement à la palpation : chez ceux-là notamment ils sont seulement plus consistants, plus durs, peut-être aussi un peu gonflés. Du côté clinique, la forme de Déjerine se distingue par son évolution progressive plus accusée, et les malades présentent des antécédents héréditaires. — Prennent part à la discussion en outre MM. le professeur Kojewnikoff et Moltschanoff.

W. Iakowenko. — *La régularité du processus d'accroissement des aliénés dans la population du gouvernement de Moscou, d'après le recensement de* 1893.

En 1893 il fut procédé au recensement de tous les malades aliénés du gouvernement de Moscou. Tous ces malades furent visités et examinés dans leurs domiciles par des médecins aliénistes; les résultats de l'examen et de l'interrogatoire subis par l'entourage des malades furent enregistrés sur des feuilles spéciales, d'après un programme uniforme, très détaillé et établi d'avance. Le nombre d'aliénés, relevé dans cette statistique, fut de 2.026, dont 1.174 hommes et 852 femmes.

Quand on groupe ces malades d'après *la durée ascendante de leur affection* mentale, on obtient le tableau suivant qui indique, par période de dix ans, la période à laquelle remonte leur affection, et le nombre des malades se rapportant à chacune de ces périodes décennales :

Il résulte de ce tableau que d'après la durée de l'affection le nombre des malades subit une progression décroissante, dont le dénominateur est de 0,5. Un tel groupement n'est pas, selon toute vraisemblance, l'effet d'un simple hasard de combinaison des chiffres, mais constitue plutôt l'expression *de la loi de l'accroissement des aliénés.* Une pareille analogie s'observe dans

la loi d'accroissement de la population saine d'après l'âge, exprimé également en périodes décennales, et où on voit également dans les tableaux synoptiques dressés par divers pays, un groupement

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
	P. 100.	P. 100.	P. 100.
1893-1884	601 ou 51,1	418 ou 49,1	1.019 ou 50,29
1883-1874	319 — 27,1	223 — 26,1	592 — 26,75
1873-1864	146 — 12,4	111 — 13,0	257 — 12,68
1863-1854	77 — 6,5	49 — 5,7	126 — 6,21
1853-1844	27 — 2,3	37 — 4,3	64 — 3,10
1843-1839 . . . . . (Période de cinq ans.)	0,3	14 — 1,6	18 — 0,88
Total	1.174	852	2.026

régulier d'après une progression décroissante à dénominateur de 0,8.

En déterminant d'après le dénominateur décennal, le dénominateur annuel de la somme restante annuelle [d'après les formules : $a + ax + ax^2 + ax^3 + \ldots ax^9 = A$; $ax^{10} + ax^{11} + \ldots ax^{19} = \frac{A}{2}$; d'où $\frac{a - ax^{10}}{1 - x} = \frac{2(ax^{10} - ax^{20})}{1 - x}$; $x = \sqrt[10]{1/2} = 0{,}93302$], et en comparant les sommes restantes ainsi calculées avec les restantes réelles, l'auteur a trouvé que la différence entre ces deux ordres de chiffres ne dépasse pas en moyenne 1,34 p. 100.

Reste à déterminer l'expression de la même loi pour d'autres districts russes et pour d'autres pays, où la progression peut être naturellement différente. Ces tableaux pourront servir pour déterminer également la mortalité et la curabilité des aliénés (par comparaison avec les tableaux d'accroissement de la population et autres données bien déterminées).

Discussion. — M. Tokarsky croit que des facteurs étiologiques accidentels peuvent, en influençant le nombre des malades (en plus ou en moins), affaiblir considérablement la valeur absolue de la formule de l'auteur. — M. Korniloff pense qu'avec l'amélioration des conditions matérielles des asiles, la longévité des aliénés doit sensiblement augmenter, ce qui nécessairement doit modifier le coefficient de la formule. — M. le professeur Kojewnikoff croit également que le coefficient de la formule sera modifié par l'augmentation de la curabilité des affections mentales. Il reconnaît pourtant la grande importance pratique de la formule proposée

par M. Jakowenko. — Des observations ont été faites en outre par MM. Boutzke, Postowsky et Worobieff.

T. Rybakoff. — *Sur les altérations du système nerveux central dans les paralysies saturnines.*

En introduisant des préparations saturnines chez les cobayes et les lapins, l'auteur a obtenu des phénomènes paralytiques très accusés d'abord dans les membres postérieurs, ensuite dans les membres antérieurs de ces animaux. La durée de l'intoxication, auxquels ceux-ci furent soumis, variait entre cinq et soixante jours. A l'examen microscopique on trouve des altérations manifestes dans les cellules des cornes antérieures. Le corps des cellules paraît homogène ou granuleux, la substance chromatophile disparait souvent, à la périphérie ou même dans tout le corps cellulaire; dans les cas plus graves (plus longue durée de l'intoxication) on voit des vacuoles apparaître à l'intérieur des cellules, principalement à la périphérie, vacuoles de volume et de nombre variables. En outre on constate une hyperémie de la substance grise de la moelle. Les nerfs périphériques restèrent indemnes dans presque la moitié des expériences. Dans les autres cas on trouva des phénomènes de névrite plus ou moins accusés, de caractère segmentaire.

M. Rybakoff penche à croire que les cellules médullaires sont les éléments les plus sensibles à l'intoxication saturnine, et dans la plupart des cas c'est dans leur altération qu'il faut chercher la cause des phénomènes paralytiques.

Discussion. — M. Minor, en se basant sur un cas ancien, examiné anatomiquement, admet que la paralysie saturnine relève de la polynévrite. — M. Soukhanoff estime que les altérations expérimentales qu'on observe chez les animaux ne sont pas obligatoires chez l'homme. — M. Moltchanoff regrette que M. Rybakoff n'ait pas suivi dans ses expériences le processus de la régénération des cellules. En outre, ses propres expériences lui font croire que le nombre de vacuoles reste le même, sur des préparations traitées par le formol. — M. Korniloff croit que les altérations du système nerveux peuvent également relever de la cachexie générale et par conséquent être consécutives, secondaires. — M. Mouravieff dit que les altérations du système nerveux peuvent varier d'une espèce animale à l'autre. — M. Versiloff a trouvé une chromatolyse légère périphérique comme phénomène normal chez des pigeons bien portants. — Des observations ont été faites en outre, par M. le professeur Kojewnikoff et M. Savey-Mogilevitch.

Secrétaires des séances : W. Mouravieff; N. Versiloff.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 26 juin 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

Présentation d'un exhibitionniste.

M. MAGNAN. — Je vous demande la permission de vous présenter un malade, un *exhibitionniste*, chez lequel *l'exhibitionnisme* affecte certains caractères différents de ceux que l'on observe habituellement dans les cas de ce genre.

L'exhibitionniste, vous le savez, est un dégénéré syndromique qu'envahit par accès paroxystiques l'idée obsédante d'exposer les organes génitaux aux regards des femmes. Très lucide, se rendant compte de l'absurdité et du caractère délictueux de l'acte, il résiste d'abord, lutte contre cette idée qui, en raison même de la résistance, devient plus pressante, plus impérieuse et fait naître un état de malaise de plus en plus pénible, accompagné de palpitations, de serrement, de barre épigastrique et d'une angoisse si profondément douloureuse qu'elle finit par devenir irrésistible. L'acte accompli, tout se calme, il ne reste plus qu'un grand soulagement, une grande satisfaction. Il ne s'agit ici que des vrais *exhibitionnistes*, il n'est point question des déments séniles, des paralytiques généraux, des déments avec lésion circonscrite, etc., qui sans nulle conscience se livrent à l'étalage génital.

Chez notre malade l'idée obsédante est continue, permanente, c'est une sorte de besoin dont le malade ne peut s'affranchir, qu'il subit, sa volonté n'ayant pas suffisamment d'énergie pour lutter et résister. Aussi n'y a-t-il pas d'accès paroxystiques, mais le sujet toujours prêt à s'exhiber succombe à la première occasion favorable.

Voici l'histoire du malade :

T... est un dégénéré, fils d'une mère nerveuse dont la sœur est hystérique il présente une notable asymétrie faciale. Toutefois, dans son enfance, aucun trouble pathologique ne faisait prévoir les perversions intinctives constatées plus tard.

A quinze ans, il commence à se livrer à l'onanisme et pendant deux ans il s'y adonne sans la moindre réserve.

A dix-sept ans, il s'exhibe pour la première fois ; il était, dit il, occupé à dresser des pierres pour repasser les instruments, quand il aperçoit la bonne de la maison, il met hors du pantalon ses organes génitaux plutôt pour rire, dit-il, et tout en continuant à travailler, les étale au grand jour au moment où la jeune fille

passe près de lui. Celle-ci l'interpelle vertement et continue son chemin.

Il regrette aujourd'hui, dit-il, qu'elle ne l'ait pas fait arrêter cette première fois, une leçon sévère l'eût peut-être corrigé à ce moment où l'habitude n'était pas encore prise et eût prévenu, croit-il, la série de déplorables mésaventures qu'il a eu à subir. Quoi qu'il en soit, il passe plusieurs mois sans renouveler l'acte.

Quelque temps après il a pour la première fois des relations sexuelles avec une femme, mais sans grande satisfaction, affirme-t-il.

L'année suivante, âgé de dix-huit ans, il commence à éprouver d'une façon obsédante le désir de s'exhiber ; tout d'abord, il se fait voir de loin, mais peu à peu il perd toute retenue et se montre dès qu'il se trouve à portée d'une femme.

Dès cette époque 1879, il est condamné à un mois de prison pour outrage public à la pudeur, il s'était masturbé devant une femme au marché du Temple.

Cette condamnation n'enraya en rien ses tendances exhibitionnistes ; peu de temps après sa sortie de prison, il recommença et renouvela fréquemment l'acte, passant rarement un mois sans exhibition.

En 1885, il est condamné à six mois de prison ; il s'était arrêté dans la rue et avait exposé ses organes génitaux aux regards de deux femmes qui étaient accoudées à une fenêtre ; le mari de l'une d'elles et le concierge le firent arrêter.

En 1888, il subit une troisième condamnation, cette fois à treize mois de prison, il s'était exhibé devant des jeunes filles.

En 1893, il est condamné à quinze mois de prison, il s'était posté à une porte du marché du Temple, la verge pendante hors du pantalon.

L'année suivante, il se marie espérant trouver là une sauvegarde pour l'avenir ; il épouse une jeune fille pour laquelle il éprouvait, dit-il, une vive affection. Ses relations conjugales sont normales ; deux enfants naissent dans les trois premières années du mariage, mais malgré l'attrait de la famille, les satisfactions que lui procure son intérieur, le besoin de s'exhiber n'en persiste pas moins et de temps à autre il recommence ces pratiques étranges. Non seulement il va s'exhiber au dehors, mais deux fois, il n'a pu s'empêcher d'exposer son organe viril aux regards des amies de sa femme en visite chez lui.

En 1895, il se fait encore arrêter après s'être exhibé, mais il est l'objet d'un non-lieu après examen médico-légal et il est envoyé à l'asile Sainte-Anne.

En 1896, nouvelle arrestation dans le département de l'Yonne ; après un examen médico-légal il est placé à l'asile d'Auxerre.

Cette dernière aventure provoque de la part de la femme une

demande en divorce. Désolé de ne pouvoir se rendre maître de ces dispositions obsédantes, honteux et découragé, il fait une tentative de suicide. Il avait déjà en 1879, lors de sa première condamnation, essayé de se pendre dans sa cellule.

Le 2 novembre 1898, une dame D... vient déclarer au commissaire de police du quartier des Arts-et-Métiers qu'étant assise sur un banc placé dans le square du Temple, elle a vu un individu assis à côté d'elle montrer ses parties sexuelles à des enfants qui jouaient aux environs. Quand il se voyait observé, dit-elle, cet individu cachait sa nudité avec un journal. Quand il a vu arriver le garde du square que j'étais allé prévenir, cet homme a pris la fuite.

D'autre part, Mme S... dépose qu'elle a également vu l'individu assis sur le banc dans le suare du Temple, montrer ses parties sexuelles à des enfants qui jouaient à proximité. Cet individu qui lisait un journal a placé ce journal sur son pantalon déboutonné quand il a vu que nous l'observions.

Le 10 février 1899, Mme D... passant au square du Temple aperçoit l'exhibitionniste du mois de novembre dernier et le fait arrêter; c'était T... En même temps une jeune fille Mlle L... se présente au commissariat et fait la déclaration suivante : « Je suis envoyée par le garde du square du Temple à qui je me suis plainte qu'un individu m'avait fait voir ses parties sexuelles aujourd'hui à une heure du soir.

« Voici comment le fait est arrivé. Passant dans le square du Temple, j'ai reconnu un individu qui, l'an dernier me poursuivait dans le même square en cherchant à me faire voir ses parties. N'étant pas bien sûre de le reconnaître, je me suis assise sur un banc et je ne regardai plus cet homme qui, cinq minutes après, vint s'asseoir près de moi, déboutonna sa brayette et, malgré moi, j'aperçus toute sa nudité. J'allais aussitôt chercher un agent, mais à mon retour l'individu avait disparu. »

Mise en présence de T... elle le reconnaît immédiatement et celui-ci raconte alors au commissaire sa triste odyssée.

Sur les instances de la mère mandée au commissariat, T... est laissé libre, mais celle-ci munie d'un certificat médical le place à l'asile Sainte-Anne où sur ordonnance du juge d'instruction, il devient l'objet d'une enquête médico-légale.

T... est très attristé et très affecté de ce qui lui est arrivé, il raconte qu'il n'y peut rien, que le besoin de se montrer est chez lui continu, permanent, que parfois le désir est plus fort, mais que si un obstacle, la présence d'un agent par exemple, l'empêche d'accomplir l'acte, il attend l'occasion sans éprouver de grands malaises, sans spasmes ni palpitations, il peut même aller prendre un repas sans avoir donné satisfaction au besoin d'exhibition. Il n'a pas habituellement d'érection dans l'exhibition et ne recherche

pas d'ordinaire des femmes qui lui plaisent. Dans quelques cas rares, il s'est onanisé et parfois l'éjaculation est survenue sans érection. Ce besoin d'exhibition ne s'accompagne pas, d'ailleurs, du désir de copulation ; il ne cherche pas à séduire la femme et ce ne serait pas là, dit-il, un moyen de lui plaire. Il ne recherche pas non plus l'orgasme sexuel puisqu'il n'entre pas en érection et qu'il n'a pas de pollution, mais son désir est d'attirer l'attention de la femme, de voir les regards de celle-ci dirigés sur ses organes et quand elle paraît prendre plaisir à ce spectacle, il en est heureux et éprouve une très grande satisfaction. Cette jouissance a un attrait qu'il ne peut comparer, dit-il, aux relations conjugales qui ne sauraient l'empêcher de s'exhiber. D'ailleurs, c'est préférable, ajoute-t-il, aux rapports intimes avec les femmes, qui épuisent et ne peuvent se répéter que deux ou trois fois, tandis que je puis dans une après-midi, me montrer huit, dix fois et davantage, toujours avec le même plaisir.

Ce besoin étrange occupe tellement sa pensée que dans ses rêves il se voit parfois s'exhibant devant des femmes qui le regardent et souvent, contrairement à ce qui se passe à l'état de veille, il a une érection suivie de pollution.

Pour se montrer, il lui est arrivé parfois de quitter le travail ; mais habituellement il profite des heures de repos pour s'exhiber. Il va d'habitude dans une promenade, dans un square, s'assied sur un banc déjà occupé par une ou plusieurs femmes, il déplie un journal, lie conversation avec sa voisine sur des banalités, déboutonne le pantalon, sort ses organes et s'arrange, dit-il, de façon à ce que la femme puisse le bien voir. Si quelqu'un approche, il laisse retomber sur ses cuisses le journal qui cache tout.

Parfois il se promène les organes sortis, recouverts par son pardessus et quand il passe à côté d'une femme, rapidement il entr'ouvre les basques de son vêtement.

Sans qu'il choisisse précisément ses spectatrices, il s'adresse de préférence aux femmes qui paraissent devoir être disposées à plaisanter, les bonnes, les ouvrières ; une femme avec un enfant lui inspirerait plus de retenue ; il ne se montre pas habituellement aux petites filles, mais parfois il s'adresse aussi bien aux vieilles qu'aux jeunes, aux laides qu'aux jolies, sans avoir jamais dans ces circonstances, le désir de relations sexuelles. « Chez moi, dit-il, tout cela est *idéal* puisque ça ne me fait rien du côté des organes génitaux et que je n'ai pas d'érection. » C'est, en effet, un perverti sexuel *psychique*, *un cérébral antérieur*.

Nous ne trouvons pas chez T... l'accès paroxystique des exhibitionnistes ordinaires avec l'obsession, la lutte, la résistance, l'angoisse douloureuse, l'irrésistibilité de l'impulsion, chez lui c'est une obsession continue, une sorte de besoin qui l'obsède mais qui n'atteint pas l'impulsion irrésistible; toutefois, l'acte

s'accomplit mais par faiblesse de la volonté qui, sans nulle énergie, laisse le malheureux à la merci de la moindre occasion qui se présente.

Notre rapport qui a été suivi d'un non-lieu se terminait par les conclusions suivantes :

1° T... est un dégénéré en proie à des perversions de l'instinct sexuel ;

2° C'est sous l'influence d'une obsession morbide que ne peut enrayer une volonté sans énergie, qu'il exhibe ses organes génitaux pour attirer les regards des femmes ;

3° T... n'est pas responsable de l'outrage public à la pudeur qui lui est reproché, mais son état mental exige la continuation du traitement dans l'asile d'aliénés où il est actuellement interné.

M. Arnaud demande quelle différence il y a au point de vue psychique, entre cet exhibitionniste qui présente sa verge à l'état flasque et les autres qui se montrent ordinairement en érection ?

M. Magnan. — Celui-ci ne recherche aucune sensation tandis que les autres sont des *frotteurs*. L'idée de s'exhiber ne s'accompagne pas comme chez lui d'angoisse.

Présentation de pièces anatomiques.

M. Doutrebente présente un crâne d'idiot, mort à vingt ans avec tous les caractères de l'infantilisme. Les sutures ne sont pas ossifiées, ce qui prouve l'inutilité des opérations tentées pour obtenir le développement du cerveau par la distension de la boite cranienne.

Paralysie générale juvénile.

M. Toulouse communique l'observation d'une jeune fille considérée comme épileptique depuis son enfance jusqu'à l'âge de dix-neuf ans et qui, à cet âge, a présenté de l'affaiblissement intellectuel, de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire ainsi que des accès épileptiformes en série. Quelques mois après elle succombait et on trouvait à l'autopsie des lésions que M. Toulouse attribue à une paralysie générale juvénile. Pour lui la paralysie générale juvénile est plus fréquente qu'on le suppose. Il croit que bien des cas considérés comme de la démence précoce chez les épileptiques ne sont que des formes méconnues de paralysie générale.

M. Arnaud. — Avant d'étendre le domaine de la paralysie générale, il conviendrait de la délimiter exactement au point de vue histologique. Au point de vue clinique la malade de M. Toulouse se présente jusqu'à l'âge de dix-neuf ans avec tous les caractères de l'épilepsie classique sans aucun signe de paralysie générale. Puis, brusquement, elle manifeste tous les symptômes de la para-

lysie générale et meurt trois mois après et cependant les lésions histologiques seraient celles d'une vieille méningo-encéphalite diffuse. Il n'y a donc pas de concordance entre les faits cliniques et l'autopsie. Il ne croit pas qu'il s'agisse de paralysie générale juvénile.

M. Toulouse. — Avant de délimiter le domaine de la paralysie générale, il convient de connaître toutes les variétés. Je n'ai fait d'ailleurs qu'émettre une hypothèse et je demande quel diagnostic il conviendrait d'appliquer.

M. Arnaud. — Si la paralysie générale est encore dans une période d'évolution, au point de vue de l'histologie, la clinique en est faite. Le diagnostic, qui semble s'appliquer le mieux à l'observation présentée, est celui d'une démence précoce chez une épileptique.

M. Toulouse ne pense pas que l'histologie de la paralysie générale soit en voie d'évolution. Ce qui lui fait croire que sa malade est bien une paralytique générale, c'est qu'elle avait des accès en série, qu'on ne rencontre pas chez les épileptiques et qui sont fréquents dans les cas s'accompagnant de lésions organiques.

M. Doutrebente n'a observé au contraire les accès en série que dans l'épilepsie essentielle. Ils sont relativement rares dans la paralysie générale. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 6 juillet 1899. — Présidence de M. A. Joffroy.

M. le professeur Joffroy ouvre la séance en donnant un aperçu des travaux qui ont été accomplis en France et à l'étranger depuis près d'un demi-siècle, dans la neuro-pathologie. Il estime que l'héritage laissé par Charcot et Duchenne (de Boulogne) doit fructifier entre les mains de leurs élèves et de tous ceux qui s'intéressent à l'étude des maladies du système nerveux.

Surdité verbale pure, de nature hystérique.

M. Raymond montre deux jeunes filles, de vingt et de quinze ans, qui sont atteintes de *surdité verbale pure*, elles ne comprennent absolument pas la parole; elles entendent les sons, l'ouïe est normale, mais la signification des mots leur échappe. La plus âgée est

dans cet état depuis neuf ans, la plus jeune depuis dix mois. L'une est fille d'épileptique, a un frère aliéné; l'autre n'a pas d'antécédents névropathiques; toutes les deux ont des stigmates hystériques.

Quelle est donc la nature de cette surdité verbale?

Charcot croyait que l'aphasie hystérique n'existait pas. Pourtant il admettait que le mutisme n'était en somme qu'une forme d'aphasie. Comment expliquer alors la surdité de ces deux jeunes filles? Aucune lésion organique ne la justifie : seule l'hystérie paraît en cause, l'opinion de Charcot est trop absolue. Dès lors, il ne faut plus répéter que l'hystérie est impuissante à créer la surdité verbale pure.

M. Gilles de la Tourette demande si ces deux malades sont sujets à la suggestion.

M. Raymond. — Ces malades n'ont jamais été hospitalisés précédemment, aucune suggestion ne paraît avoir été faite. La plus jeune a eu, dans son enfance, une otite; cette affection l'effraya; la crainte d'une opération fit que quelques jours après, elle présenta les premiers stigmates hystériques : les crises convulsives.

Du phénomène des orteils dans l'épilepsie.

M. M.-J. Babinski. — Dans le dernier travail que j'ai publié sur le phénomène des orteils j'ai rapporté un cas d'épilepsie jacksonnienne où ce phénomène avait été constaté immédiatement après la crise, du côté qui était le siège dse mouvements convulsifs, tandis qu'en dehors des crises, le réflexe cutané plantaire était normal. J'ai observé depuis des faits analogues.

Tout récemment, chez une malade atteinte de néoplasme intracrânien et sujette à des actes caractérisés par quelques mouvements convulsifs généralisés par une perte de la connaissance, de l'incontinence de l'urine et des matières fécales, j'ai noté pendant une crise, outre une abolition de réflexe anal, le phénomène des orteils des deux côtés, tandis que les réflexes tendineux ne présentaient pas de modification; un quart d'heure environ après le début de la crise, la malade ayant repris connaissance, le réflexe anal avait reparu et le réflexe cutané plantaire était redevenu normal.

J'ai observé aussi le signe en question au moment de la crise pendant un espace de temps d'une durée plus ou moins longue, chez les individus sujets à des crises d'épilepsie dite idiopathique, et chez lesquels le réflexe cutané plantaire était normal en dehors des crises.

Le signe des orteils dans les cas de ce genre est tantôt unilatéral, tantôt bilatéral; il est parfois accompagné de l'exagération des réflexes tendineux et de trépidation épileptoïde du pied, ainsi que de l'abolition du réflexe anal.

Dans l'hystérie, pendant les attaques, ainsi qu'en dehors des attaques le phénomène fait constamment défaut. Il en résulte que la constatation de ce signe pendant une crise chez un sujet dont le réflexe cutané plantaire est normal en dehors des crises, permet d'écarter l'hypothèse d'attaque hystérique et pourrait, dans un cas douteux, servir à établir le diagnostic d'épilepsie. Je dois ajouter que l'absence de ce signe ne prouverait pas que l'épilepsie n'est pas en cause car le phénomène des orteils peut faire défaut dans les crises épileptiques.

Traitement chirurgical de la méralgie paresthésique.

M. Souques. — La méralgie paresthésique étant le plus souvent rebelle à tout traitement médical et quelques guérisons consécutives à la résection du nerf fémoro-cutané ayant été publiées par plusieurs auteurs, M. Souques a essayé ce traitement sur sa malade âgée de 20 ans, qui souffrait d'une méralgie paresthésique occasionnée par un travail excessif.

M. Mauclaire fit la résection du fémoro-cutané ; les suites opératoires furent parfaites. Le nerf examiné histologiquement était sain. Comme c'était à prévoir, l'anesthésie augmenta et dessina exactement la zone du fémoro-cutané. Dix jours après l'opération, la malade put se lever, marcher sans éprouver de douleurs, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. M. Souques comptait donc présenter ce cas à la Société de neurologie comme un exemple de guérison de la méralgie paresthésique, après une résection du fémuro-cutané, mais il apprend maintenant que depuis trois jours, quelques légères crises douloureuses sont survenues ; mais elles le sont beaucoup moins que les anciennes. Le traitement chirurgical donne donc d'excellents résultats, non une guérison complète dans ce cas, mais une amélioration très notable.

Claudication intermittente douloureuse.

M. Brissaud rapporte l'observation d'un homme de lettres, russe, âgé de soixante ans, goutteux, migraineux, gros mangeur, fumeur et buveur. Il y a deux ans il fut atteint d'une sciatique gauche dont il sembla guéri deux mois après. Puis, survint une nouvelle douleur d'un caractère tout différent ; elle avait pour siège le nerf fémoral cutané gauche, était superficielle, épidermique, et se trouvait exaspérée par le frottement ; de plus, elle était nettement intermittente et subordonnée à la marche : régulièrement, vingt minutes de marche la provoquaient : pour la faire disparaître, un arrêt de dix minutes était nécessaire et suffisant. Si le malade se remettait à marcher, la douleur reparaissait au bout de vingt minutes, pour disparaître après dix nouvelles

minutes de repos, et ainsi de suite. Depuis quinze mois l'état est le même qu'au premier jour.

Au niveau du membre atteint, on constate une légère atrophie musculaire. M. Brissaud pense qu'il s'agit d'une artérite goutteuse qui détermine une forme spéciale de claudication intermittente; en effet, il n'y a ici ni boiterie, ni crampe, ni engourdissement; le phénomène unique consiste en une douleur superficielle strictement cantonnée dans le domaine du fémoro-cutané.

M. Gilles de la Tourette a observé un cas analogue, et il demande à M. Brissaud combien de temps après le début de la claudication est survenue l'atrophie.

M. Brissaud répond que l'atrophie est survenue quinze mois après.

Suites éloignées de la résection du sympathique dans l'épilepsie essentielle.

M. Souques. — Le traitement de l'épilepsie essentielle par la résection du sympathique est à l'ordre du jour ; ce traitement est-il suivi de guérison ou au moins d'amélioration, la question est délicate. Voici un cas qui pourra servir à la résoudre. Un homme de quarante-trois ans, épileptique avéré, subit il y a six mois la résection du sympathique ; les crises cessèrent, puis reparurent; à l'heure actuelle, elles sont aussi fréquentes et aussi intenses qu'antérieurement à l'opération.

M. Déjerine. — Cette opération vantée contre l'épilepsie, paraît inutile, car elle n'a jamais donné de résultats indiscutables ; et dangereuse, car la résection des sympathiques, est toujours suivie de troubles trophiques, surtout chez les sujets jeunes [1].

Hématomyélie compliquant une section médullaire.

M. Déjerine. — Le malade qui fait l'objet de cette communication, me paraissait au premier examen banal de paraplégie complète : perte absolue de la motilité, de la sensibilité des réflexes dans les membres inférieurs ; un traumatisme, capable d'avoir sectionné la moelle, expliquait ces symptômes. Mais en outre existait sur la moitié droite du thorax, et sur la face interne du bras droit, une dissociation syringomyélique de la sensibilité. Ce fait assez difficile à comprendre, fut expliqué par l'autopsie. La section siégeait au niveau de la première lombaire ; au-dessus de cette section, le canal central était dilaté et formait une cavité qui, à partir de la 9e paire dorsale, avait détruit complètement la

[1] Les deux cas que nous connaissons sont également défavorables à cette opération. (B.).

corne postérieure droite ; cette lésion persistait dans toute la hauteur de la colonne dorsale et diminuait peu à peu pour disparaître au niveau de la 7e paire cervicale.

La dissociation syringomyélique de la sensibilité était donc expliquée par ce fait ; mais ce qui est à remarquer, c'est que la distribution de l'anesthésie était la même que celle qui serait résultée d'une lésion radiculaire.

M. Brissaud. — Cette lésion des fibres radiculaires existe peut-être ; le refoulement produit par l'hématomyélie et la compression qui en résulte rendent cette supposition légitime.

M. Déjérine. — L'examen histologique ne permet pas de croire que ce refoulement ait été assez énergique pour comprimer les fibres radiculaires.

Hémiplégie gauche et paralysie alterne de la sensibilité.

M. Ballet. — Il est assez difficile de localiser une lésion protubérantielle. Un homme est atteint d'une hémiparésie gauche avec intégrité des mouvements de la face ; une anesthésie complète à la douleur et à la chaleur avec conservation du tact existe à droite. Ces deux ordres de symptômes feraient songer à un syndrome de Brown-Séquard traduisant une lésion de la moitié gauche de la moelle cervicale. Une paralysie alterne de la sensibilité indique une lésion dans la région supérieure de la protubérance, lésion intéressant la bandelette de Reil et le trijumeau. Mais cette lésion ainsi localisée n'explique pas les troubles de la moitié du bras et de la jambe gauche. Faut-il supposer une lésion unique intéressant la bandelette de Reil et le trijumeau, d'une part, ou ayant gagné le faisceau pyramidal, d'autre part, ou faut-il admettre deux lésions distinctes ? Le problème est très probablement insoluble.

Délire toxique avec crises épileptiformes causées par le sulfate de cinchonidine.

M. Ballet. — Mme X..., atteinte de névralgies, prit dernièrement un cachet de 75 centigrammes de sulfate de quinine ; quelques heures après elle eut une crise épileptiforme, suivie d'hallucinations visuelles. Ce délire si manifestement hallucinatoire ne pouvait être qu'un délire toxique. Il restait un second cachet ; on en fit l'analyse et on trouva du *sulfate de cinchonidine*. D'où il suit que l'ingestion de ce sel a été la cause du délire observé.

Considérations cliniques sur l'avenir des convulsifs infantiles.

M. Dufour. — De l'étude de soixante-six cas, il tire les conclusions suivantes : 1° Les convulsions infantiles du premier âge sont

d'origine épileptique; — 2° Elles ne se rencontrent pas chez les hystériques non entachés d'épilepsie; — 3° Tout convulsif infantile est toujours disposé à réagir de façon épileptique à l'occasion des causes multiples au nombre desquelles l'intoxication et l'infection jouent le principal rôle ; — 4° Pratiquement, la présence des convulsions infantiles dans le cas de difficulté de diagnostic entre l'épilepsie et l'hystérie doit faire admettre le diagnostic d'épilepsie; — 5° Chez les convulsifs infantiles, la thérapeutique doit s'attacher, plus que chez d'autres, à écarter toute infection, intoxication ou auto-intoxication pour éviter cette réaction épileptique.

L'absence des convulsions infantiles dans le passé des hystériques, même convulsifs, peut s'expliquer par ce fait que l'émotion, qui est à la base des paroxysmes hystériques, manque à peu près totalement dans le jeune âge.

M. Marie admet que les conclusions de M. Dufour sont en partie légitimes : 75 à 80 p. 100 des épileptiques ont des convulsions pendant leur première enfance. Mais M. Dufour croit que ces convulsions sont déjà de nature épileptique. M. Marie ne partage pas cette opinion. Ces convulsions résultent d'une infection ou d'une intoxication ayant lésé plus ou moins les cellules cérébrales, et c'est le reliquat de cette lésion qui, ultérieurement, créera l'épilepsie. Il y a, certes, une épilepsie essentielle, héréditaire; mais les exemples en sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit. Souvent l'épilepsie a été créée par accident, par une action sur les cellules corticales d'une infection ou d'une intoxication pendant l'enfance.

M. Hoddo cite à l'appui de l'opinion de M. Marie le cas suivant : un enfant ayant subi une infection grave eut des convulsions, puis mourut. On trouva, à l'autopsie, des lésions manifestes des cellules pyramidales des zones motrices.

M. Joffroy trouve considérable le rôle de l'hérédité. Il est prouvé par la fatalité, qui pèse si lourdement sur la descendance des épileptiques ; il est encore prouvé par cette prédisposition si spéciale qu'il faut admettre pour expliquer pourquoi certains intoxiqués par l'absinthe ou par d'autres poisons réagissent suivant le mode épileptique, alors que d'autres supportent sans inconvénient des doses doubles ou triples des mêmes poisons. A côté des épilepsies accidentelles, il y a toujours l'épilepsie héréditaire.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Neuvième séance annuelle (Lundi 10 juillet 1899). — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Traitement psychothérapique des impulsions chez les aliénés.

M. STADELMANN (de Wurtzbourg) rapporte l'observation d'un malade atteint de dégénérescence mentale et dont l'obsession était caractérisée par de la pyrophobie. Le malade avait tellement peur du feu qu'il se sentait obligé d'enterrer les bouts de cigarettes, les débris d'allumettes, et qu'il vivait dans une anxiété profonde à l'idée qu'il aurait pu mettre le feu. Après quinze jours de traitement la guérison a été complète ; elle s'est maintenue depuis treize mois.

Incontinence d'urine et suggestion pendant le sommeil naturel.

M. Paul FAREZ rapporte l'observation d'un jeune garçon de cinq ans et demi atteint d'incontinence d'urine et guéri par la suggestion pendant le sommeil naturel. Celui-ci est un état passif que nous n'avons pas besoin de produire et que la nature nous offre tout réalisé. Il faut se décider à en tirer parti, toutes les fois que le sommeil hypnotique n'aura pas été accepté par la famille, ou que, après avoir été accepté par cette dernière, il n'aura pas pu être obtenu par le médecin. La suggestion pendant le sommeil naturel est donc une sorte de succédané de la suggestion hypnotique ; sans doute elle comporte une technique plus délicate, mais le domaine en est plus étendu et l'efficacité tout aussi grande.

Un curieux cas d'incontinence urinaire spasmodique pendant le coït.

M. Paul FAREZ. — Une femme mariée, mère de famille, âgée de 30 ans, laisse échapper inconsciemment cinq ou six petits jets d'urine, lors des coïts accompagnés de spasme vénérien et au moment même où ce spasme survient. C'est qu'alors les contractions des muscles droits de l'abdomen agissent directement sur une vessie distendue et forcent l'urine à s'échapper sous forme de jets synchrones à ces mêmes contractions musculaires. Cette femme est hystérique ; elle est atteinte de bégaiement urinaire, c'est-à-dire que, par une sorte d'inhibition psychique, elle ne peut vider sa vessie avant de se coucher, à cause de la présenee de son mari. Grâce à l'hypnotisme, j'ai combattu cette phobie, obtenu la déplétion de la vessie avant chaque coït et renforcé par suggestion

l'action constrictive du sphincter vésical pendant le rapport. Il y a de cela quinze mois et, depuis, cette incontinence n'a pas reparu une seule fois.

Applications thérapeutiques de l'aimant.

M. Paul Joire (de Lille). L'application des aimants détermine des effets qui ne peuvent être le résultat ni d'une suggestion faite par l'opérateur, ni d'une auto-suggestion du sujet. Sans doute, on peut, par suggestion, obtenir le transfert d'une paralysie ou d'une contracture, comme on peut aussi guérir ces affections par suggestion. Mais, pour qu'il y ait suggestion, il faut que le malade sache et comprenne ce qui doit arriver ; pour qu'il y ait auto-suggestion il faut qu'il craigne ou qu'il désire l'objet de la suggestion. Or, quand chez un malade, atteint, par exemple, de la paralysie d'un membre, on applique l'aimant sur le membre sain, le malade, par suggestion, pourra bien faire disparaître la paralysie, mais il ne la fera point passer dans le membre sain. Il ne peut pas penser que l'on commence par déplacer son mal, ce qui, à ses yeux ne le guérit pas; il ne peut pas le désirer. Donc, quand ce phénomène se produit, il y a autre chose que la suggestion. Il existe donc une action spéciale de l'aimant sur le système nerveux. M. Joire rapporte plusieurs observations de crises douloureuses, rebelles aux diverses médications, et qui ont pris fin dès l'application de l'aimant. Si l'on ajoute que ces applications de l'aimant ont été faites chez des personnes peu sensibles aux procédés hypnotiques ou présentant une grande résistance à la suggestion, on se rendra compte de l'utilité de ce moyen thérapeutique.

Phobies neurasthéniques traitées par auto-suggestion.

M. Lépinay rapporte une série de phobies qu'il a observées sur un homme de trente ans, telles que la peur de traverser les places, de cheminer seul, de regarder par une fenêtre, etc. Ces phobies étaient venues à la suite d'un accident de voiture et résistèrent à différents traitements. Le malade se traita par auto-suggestion ; par l'entraînement méthodique de sa volonté et par des exercices variés, il put bientôt recouvrer graduellement toutes ses facultés et vaincre ses différentes phobies. Il procéda à son traitement comme s'il avait reçu la suggestion d'autrui.

Tic nerveux traité avec succès par la suggestion hypnotique.

M. Vlavianos (d'Athènes), rapporte le cas d'une malade atteinte depuis trois ans et demi, d'un tic convulsif du cou et de la tête. Elle n'a ni hérédité chargée, ni antécédents personnels morbides. Au cours de cette affection, elle a eu deux rémissions à la suite de deux émotions, une joie, puis une frayeur. Elle faisait le mouvement de *non;* le spasme était localisé aux muscles de la nuque

et au sterno-cléido-mastoïdien gauche. Elle fut endormie et dès la deuxième séance elle fut améliorée ; après la quatrième séance, elle était complètement guérie.

Tabagisme et alcoolisme guéris par la suggestion hypnotique.

M. Bourdon (de Méru) cite plusieurs cas d'alcoolisme et de tabagisme guéris par la suggestion hypnotique plus ou moins longtemps prolongée ; la suggestion portait sur l'abstinence complète d'emblée, plutôt que sur la diminution progressive. L'auteur a aussi guéri par la psychothéraphie l'onanisme, l'onychophagie, la passion du cabaret, du billard, etc. ; en rendant les jeunes gens meilleurs et plus laborieux, il a ainsi fait de l'orthopédie morale.

L'onanisme et son traitement psychothérapique.

M. Bérillon. — Les habitudes d'onanisme, lorsqu'elles revêtent un caractère d'irrésistibilité, dénotent, chez les individus qui les présentent, des perturbations fonctionnelles profondes des centres cérébro-spinaux. Lors même que les sujets sont doués d'un certain développement intellectuel, on peut toujours constater qu'ils présentent toujours une certaine aboulie, par rapport à l'habitude automatique dont ils sont atteints. En effet, ces sujets, tout en ayant conscience des dangers que leur font courir les pratiques d'onanisme, se déclarent absolument impuissants à y résister. On a imaginé un grand nombre d'appareils de contention pour réprimer les habitudes d'onanisme. En voici quelques échantillons à titre de curiosité. Aucun d'eux n'a amené la guérison de ces malades. Cela tient à ce qu'il importe avant tout, non d'empêcher par des moyens mécaniques la réalisation de l'impulsion automatique, mais bien de procéder à la rééducation de la volonté et de créer chez ces malades de véritables centres psychiques d'arrêt. On y arrive assez rapidement par l'application de la suggestion hypnotique. Les sujets ne tardent pas à reconnaître qu'ils sont capables de résister dans une certaine mesure à l'habitude. Bientôt leur résistance s'organise et la guérison s'établit. La durée du traitement varie nécessairement selon l'ancienneté des habitudes et le terrain névropathique sur lequel elles se sont développées. Chez les onanistes dont le développement intellectuel est normal et dont les stigmates de dégénérescence sont peu accentués, la guérison de l'onanisme par la suggestion est rapide et durable.

Communications diverses :

M. Jules Voisin. Un cas de délire de persécution avec hallucinations religieuses et idées de possession. Action thérapeutique de la suggestion. — M. Leter (de Sannois), Tic douloureux de la face

datant de deux ans, traité avec succès par la suggestion hypnotique et l'auto-hypnotisation. — M. Lionel Dauriac. Les causes d'erreur dans l'interprétation des phénomènes psychiques. — M. Gascard. Étude psychologique sur les envies des femmes enceintes. — M. Baraduc. Photographies de fluide vital. — M. Garnault. La ventriloquie comme procédé d'illusion religieuse et magique. — M. Bourdon (de Méru). Accouchements sans douleur d'après la méthode du Dr Paul Joire. — M. Coste de Lagravé. De l'auto-suggestion expérimentale. — M. Coutaud. Manifestations du rire et des émotions chez quelques animaux.

BIBLIOGRAPHIE.

III. *Revue des Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux* (année 1897-1898); par les Drs Régis et L. de Perry.

1. *Etudes pléthysmographiques en psycho-physiologie ;* par le Dr L'Herminier.

L'étude des phénomènes vaso-moteurs en psychologie, née avec Mosso, est vaste et complexe : l'emploi de la méthode pléthysmographique met en relief un certain nombre de faits correspondant aux divers états psychiques.

1° Les phénomènes intellectuels tels que : attention, mémoire, association d'idées, raisonnement, imagination, travail cérébral court, s'inscrivent tous sur le tracé pléthysmographique en vaso-constriction. Cette réaction vasculaire suit une loi fixe : le phénomène vaso-moteur est nettement secondaire et consécutif à l'acte cérébral. Quant au temps perdu, à l'intensité et à la durée de réaction, ils varient avec les individus.

Les réactions circulatoires peuvent se manifester seules ou s'accompagner de phénomènes respiratoires : chez certains individus les réactions respiratoires prennent une importance telle que les sujets pourraient être classés en deux groupes réactionnels : type respiratoire, type circulatoire.

2° Dans les phénomènes de volonté deux cas peuvent se présenter : *a*) si le phénomène de volonté est purement cérébral, le tracé pléthysmographique présente une chute en vaso-constriction; *b*) si le phénomène de volonté a déterminé un effort physique, il se produit une élévation du tracé.

3° Les phénomènes de sensibilité, surprise, peur, douleur, donnent lieu à de la vaso-constriction.

Les émotions agréables provoquées volontairement (évocation d'idées gaies) donnent lieu à un phénomène de vaso-dilatation. Les émotions désagréables provoquées volontairement (idées tristes), phénomène de vaso-constriction, parfois accompagné de réactions respiratoires importantes. Les réactions agréables dont l'origine remonte à la mise en action des organes des sens provoquent en général des réactions vaso-dilatatrices. Les émotions désagréables dues aux organes des sens provoquent des réactions inconstantes surtout en ce qui concerne le goût et l'odorat.

Les bruits désagréables (grincement de bouchon, dissonnance, audition musicale désagréable, donnent lieu à de la vaso-constriction. Les auditions agréables (musique) donnent lieu à des réactions diverses selon le morceau et l'aptitude du sujet à la musique.

4° Lorsqu'il s'agit de phénomènes tenant à la fois de l'intelligence et de la sensibilité, le plus souvent le phénomène intellectuel l'emporte, vaso-constriction.

2. *De l'arthralgie hystérique du genou;* par le Dr Lepinte.

L'arthralgie hystérique du genou survient à la suite d'un traumatisme semblant agir comme suggestion. Elle présente deux formes : 1° une forme pure dont les symptômes, la douleur et la contracture, offrent des caractères tout particuliers, sans phénomènes locaux réactionnels; 2° une forme mixte ou hystéro-organique, constituée par l'association de l'arthralgie à une affection préexistante de nature inflammatoire.

Dans la forme pure, l'articulation est d'ordinaire indemne de toute altération; cependant il peut s'y produire diverses lésions matérielles. Le diagnostic surtout dans la forme mixte est parfois très difficile à établir : l'expectation est la meilleure conduite à tenir. Quant au pronostic il est sérieux par la durée de l'affection, par sa ténacité, par la possibilité de diverses complications et par sa tendance fréquente aux récidives, et l'absence de traitement absolument spécifique.

3. *Traitement de l'épilepsie essentielle par les opérations pratiquées sur le grand sympathique;* par le Dr Briand.

Aucun fait nouveau à signaler dans ce travail.

4. *Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins;* par le Dr Guélou.

Les affections des reins agissent par auto-intoxication et peuvent donner naissance à la plupart des formes mentales connues, qui varieront selon le terrain préparé par les prédispositions héré-

ditaires. Les excès alcooliques, les intoxications en général, les infections comme le paludisme viennent parfois combiner leur action avec l'urémie et provoquer l'explosion de l'aliénation mentale.

L'urémie délirante se révèle plus spécialement par de la stupeur avec hébétude, ou confusion mentale et hallucination. L'hébétude s'accompagne souvent de phénomènes cataleptoïdes quelquefois extatiques. Enfin dans le cours d'une folie chronique, l'urémie intercurrente se manifeste par des symptômes psychiques indépendants, tels que l'hébétude et la stupeur ou même de la démence qui devient définitive.

5. *De la valeur thérapeutique des courants continus dans le traitement de la névralgie du trijumeau;* par le Dr Mias.

Dans la plupart des névralgies faciales graves que l'on ne peut rattacher ni à la syphilis ni à l'impaludisme, ni à une lésion locale, la thérapeutique médicale ou chirurgicale est impuissante. Il faut donc avoir recours au traitement galvanique par les hautes intensités et les longues durées d'application. Ce traitement est exempt de tout inconvénient et par suite de tout danger, de plus il laisse le champ libre aux interventions ultérieures. Son action ne relève nullement de la suggestion, elle est classée parmi les effets électrolytiques du courant.

6. *Contribution à l'étude du bégaiement et de son traitement pratique;* par le Dr Thomas-Derevoge.

Le bégaiement est une affection gênante qui met celui qui en est atteint en état d'infériorité au point de vue social en l'annihilant, pour ainsi dire, en paralysant ses autres facultés. Dans bon nombre de cas, il disparaît par un traitement simple dont l'application est à la portée de tous les médecins.

Ce traitement est basé essentiellement sur le rétablissement d'une respiration vocale normale et quelques exercices peu compliqués de gymnastique articulatoire destinés à rétablir l'harmonie entre le cerveau qui commande et l'appareil phonateur qui doit obéir. S'il y a complication spastique, le traitement pourra s'adjoindre la psychothérapie. Dans tous les cas surveiller l'état mental du bègue, raffermir sa volonté, lui donner confiance, et l'habituer à se contrôler lui-même dans le but d'éviter les rechutes.

7. *Essai sur la pathologie des sémites;* par le Dr Béraud.

Dans ce travail consacré à la biologie et à la sociologie des Israélites, l'auteur étudie les caractères principaux de cette race. Il constate tout d'abord la précocité et la longévité. Mais ce qui nous intéresse le plus c'est la pathologie juive, dont les facteurs

dominants sont l'*hérédité* et la *consanguinité*. Dans les maladies dues à la consanguinité nous relevons : 1° la surdi-mutité; 2° la rétinite pigmentaire; 3° l'idiotie, qui indiquent un degré marqué de dégénérescence.

Après avoir signalé, comme principale conséquence de l'hérédité chez l'homme israélite, le neuro-arthritisme, l'auteur passe en revue, mais de façon superficielle et beaucoup trop rapide, les principales manifestations nerveuses, la neurasthénie, l'hystérie, l'aliénation mentale.

8. *Essai sur l'état mental dans l'abstinence;* par le Dr Lassignardie.

L'abstinence, d'après Piorry, est une modification du régime habituel consistant soit dans la privation totale d'aliments, soit simplement dans leur diminution. Deux phénomènes principaux se rattachent à l'abstinence prolongée : la faim et l'inanition, intimement liées l'une à l'autre.

On peut distinguer deux sortes d'abstinence : 1° l'abstinence volontaire comprenant le *jeûne expérimental* des grands jeûneurs, Succi, Merlatti ; le *jeûne comme moyen de suicide* employé par Viterbi, Guillaume Granié; le *jeûne religieux*; 2° l'abstinence forcée, qui comprend, en dehors de l'abstinence dans les maladies (pyrexies, aliénation mentale, hystérie), les jeûnes déterminés par la misère, les famines, les jeûnes accidentels causés par exemple par les éboulements de mines, les jeûnes dus à des naufrages, naufrage de la « Méduse » et celui plus récent de la « Ville-de-Saint-Nazaire ». A l'appui de ces faits, des observations rigoureuses, en particulier la relation intéressante et inédite des délires d'inanition observés par le Dr Maire sur lui-même et ses compagnons, dans le naufrage de la « Ville-de-Saint-Nazaire ».

L'état mental créé par l'abstinence peut se résumer ainsi :

1° On constate un développement des facultés intellectuelles et en particulier de l'imagination, si l'abstinence n'est pas trop prolongée et surtout si elle est volontaire et habituelle; 2° à un degré plus marqué, il existe d'une part, un changement du moral ou du caractère se traduisant par de l'irritabilité, de l'égoïsme, de la cruauté, etc.; d'autre part des troubles intellectuels, diminution de la mémoire, de la volonté, tendance aux impulsions irrésistibles et parfois subites, instinctives; 3° puis viennent des troubles psychiques nocturnes : mauvais sommeil, rêves, cauchemars, illusions, hallucinations, délire et impulsions;

4° Des troubles psychiques diurnes marquent le maximum de gravité : rêvasseries, illusions, impulsions et délire quelquefois aigu; 5° enfin sous l'influence de ces troubles, et en particulier des impulsions, des hallucinations, du délire, il peut se produire des actes graves, surtout des violences, qui ont leur importance

au point de vue médico-légal. Dans ces cas l'appréciation de la responsabilité reste naturellement subordonnée à la constatation des troubles psychiques et de leur gravité.

On peut établir un parallèle entre l'état mental de l'abstinence et celui des intoxications. L'on trouve très peu de différence entre les troubles mentaux de l'abstinence et ceux des intoxications : mêmes modifications générales de l'intelligence et du moral, mêmes troubles nocturnes, et à un degré plus marqué mêmes troubles diurnes.

Le raisonnement, la clinique, l'expérimentation sont d'accord et semblent établir que les phénomènes pathologiques de l'inanition sont dus à un empoisonnement par autophagie, c'est-à-dire par *auto-intoxication*, sans qu'il soit possible encore de préciser dans quelles conditions exactes et par suite de quels troubles de nutrition se produit cette auto-intoxication.

9. *L'énervement ;* par le Dr Margain.

Il existe un syndrome clinique possible à déterminer et répondant à ce que le public désigne sous le nom d'énervement. L'énervement est caractérisé le plus souvent par la succession de deux phases, l'une d'excitation, l'autre de dépression, mais dont la première seule est caractéristiqne. Ces états peuvent donc être rapprochés des états neurasthéniques ou hystériques. Naturellement l'énervement subit de notables modifications suivant les personnes qui en sont atteintes, leur éducation, leur état de santé habituel et aussi suivant les moments. Ce qu'il y a de vrai, c'est que l'énervement peut résulter d'états neurasthéniques et hystériques, comme il peut aussi conduire le sujet soit à l'hystérie, soit à la neurasthénie. M. Régis considère l'énervement comme étant surtout une petite neurasthénie.

Quant au pronostic, il dépendra de l'état de santé habituel du sujet, de ses tendances pathologiques, de la fréquence et de l'intensité des crises d'énervement.

Comparant l'énervement avec l'alcoolisme, l'auteur tire cette conclusion que l'énervement semble être le résultat d'une intoxication : l'étude de l'étiologie confirme cette opinion. Du reste le traitement le prouve péremptoirement : tout ce qui paraît être une suppression des causes d'intoxication, diminue l'énervement. L'éducation sérieuse de la volonté du sujet sera aussi un excellent complément du traitement. (*A suivre.*)

IV. *Névroses et idées fixes ;* par le professeur F. Raymond et le Dr P. Janet. 2e série, grand in-8° de 500 pages, avec 97 figures dans le texte. Paris, F. Alcan, 1898.

Cette deuxième série pour laquelle M. Raymond s'est joint à

M. Janet vient encore donner corps à cet heureux procédé qui consiste à amasser et à classer judicieusement des faits exactement relevés et décrits. Du nombre et du caractère de ces faits se dégagent presque d'eux-mêmes des commentaires sobres mais clairs, justes, sans subtilités ni hypothèses risquées et sans vaines hardiesses. C'est la consécration d'une méthode autrement féconde que celle des ouvrages théoriques. Le premier volume était le fruit de l'*observation concentrée*, étude longue et profonde d'un même sujet qui présente un double danger : « le dressage du sujet par l'observateur, et... celui de l'observateur par le sujet : plus l'observateur croit à l'importance d'un fait, d'un détail, plus ce détail grandit chez le sujet, et réciproquement, plus ce fait se montre avec netteté et plus l'observateur croit à son importance. » Ce second volume, au contraire, a pour base l'*observation dispersée*, portant sur un grand nombre de malades examinés complètement, mais d'une manière en quelque sorte extemporanée. Les inconvénients de ces deux méthodes employées isolément sont visibles, mais l'excellence de leur emploi simultané ou alternatif est évidente, c'est ce que prouve ce second volume qui fait plus que compléter le premier en donnant à l'ensemble de l'œuvre sa véritable portée.

Il s'agit ici des maladies produites par les émotions, des idées obsédantes et de leur traitement. Que l'on songe à toutes les classifications laborieuses, mais éphémères ; aux nomenclatures caduques ; aux systèmes croulant avant la complète édification auxquels les faits de ce genre ont donné lieu, et l'on comprendra « le diagnostic d'infirmière » auquel on est trop souvent obligé de revenir en pareille matière, et le service rendu par un retour à des méthodes plus naturelles et plus logiques, méthodes stables parce qu'elles commencent par se donner une base, et sûres parce qu'elles étudient les obstacles avant de vouloir les franchir. Cent cinquante-deux observations touffues composent le livre de MM. Raymond et Janet ; il ne faut même pas songer à en résumer une seule tant elles sont éloignées de tout inutile détail et de toute digression accessoire ; chaque mot porte son idée, il y est dit tout ce qui doit être connu et rien que cela. Cette concision n'est même pas le moindre mérite des auteurs, et l'on sent avec satisfaction que tout est à lire. Les auteurs procèdent toujours du fait le plus simple aux faits les plus complexes, ils recherchent d'abord un type pathologique pur, comme la nature en présente quelquefois pour passer ensuite aux cas plus ou moins hybrides pour lesquels l'énoncé bref du diagnostic caractérise plutôt la prédominance d'un syndrome que la totalité de l'affection, en tant qu'entité isolée et bien tranchée. Ainsi, pour les confusions mentales, nous trouvons d'abord une confusion mentale primitive pure, puis une confusion mentale secondaire chez une hystérique, ensuite une confusion avec délire, enfin une confusion mentale

périodique, etc. Telle est la conduite de chacun des chapitres. En tête des aboulies viennent encore les aboulies primitives consécutives à une pyrexie ou arrivées graduellement au moment de la puberté, puis les aboulies primitives avec idées fixes; les aboulies secondaires *psychiquement* bien entendu, c'est-à-dire précédées d'un trouble mental préalable qui leur a préparé la voie, tels que : idées fixes, état émotionnel persistant ; enfin les aboulies périodiques qu'il ne faut pas confondre avec les délires circulaires dont elles ne présentent pas la phase d'excitation.

Après les aboulies les auteurs étudient les délires cœnesthésiques, ces troubles subjectifs de la personnalité où les altérations du *moi* sont éprouvées par le malade lui-même, et les délires émotifs systématiques dont la tendance à la généralisation arrive à constituer des délires émotifs généralisés, évolution que permet de suivre très clairement cette série d'observations. C'est dans ce chapitre que se place la toujours suggestive étude des phobies et des obsessions angoissantes donnant lieu à de si jolies dénominations : sidéro-dromophobie, triskaïdekaphobie, enfin les obsessions impulsives et les impulsions forment la transition entre la première partie qui traite des troubles psychiques purs et la seconde où on les voit se compliquer de troubles somatiques. En effet, entre les idées fixes claires et manifestes, uniquement psychiques dans leurs effets et celles plus dissimulées qui provoquent des accidents physiques, on rencontre tous les degrés. On voit par les travaux de M. Janet combien ces idées fixes subconscientes, si difficiles à dépister et qu'il faut souvent chercher pendant l'hypnose ont d'importance, et combien leur découverte a éclairé cette question et rendu effective la thérapeuthique. Attaques de sommeil, fugues, vagabondage ; troubles divers de la sensibilité et du mouvement ; troubles du langage reproduisant avec plus de netteté encore ceux que provoquent les lésions centrales ; spasmes et autres désordres viscéraux, vasomoteurs, sécrétoires et trophiques, viennent complètement terminer cette attachante série de faits. Chacun de ces 152 cas forme un tout qui porte en soi sa part relative de conclusions, tandis que de l'ensemble se dégage, entre bien d'autres idées générales, celle de l'émotion venant comme un déclic déchaîner les accidents ou venant par sa violence ou sa répétition, enfoncer l'idée fixe comme un corps étranger dans un terrain rendu instable, malléable et fragile, par une hérédité où se révèlent de nombreuses causes de déchéance, causes parmi lesquelles l'alcoolisme de l'un au moins des ascendants est d'une manière frappante la plus fréquente. Ce travail rendra donc de féconds services à tous les hommes d'études par son fond si substanciel où il y a tant à puiser, comme par sa méthode si lumineuse. Les cliniciens y trouveront leur part et aussi les psychologues.

F. Boissier.

V. *De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses;* par J. Chartier, ancien interne de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Thèse de Paris, 1899).

Sur les conseils de M. Cullerre, M. Chartier a entrepris, dans sa thèse inaugurale, de rajeunir cette vieille question des rapports de la phtisie et de la folie. Il s'est attaché surtout à étudier les psychoses qui se développent chez les individus atteints de tuberculose latente. Le bacille tuberculeux sécrète des produits solubles, des toxines, qui prennent naissance au niveau des foyers bacillaires et dont l'énergie nous est révélée par les effets de la tuberculine de Koch. La production des désordres dynamiques tels que ceux de la sphère psychique causés par les toxines tuberculeuses ne saurait donc être mise en doute; ils sont de même ordre que tous ceux que l'on attribue à la diathèse tuberculeuse et qui atteignent, par exemple, l'estomac et les reins. Si ces toxines provoquent indiscutablement de la dyspepsie et de l'albuminurie, il faut nécessairement admettre qu'elles sont aussi capables de produire le délire, qui est la manière de réagir de l'organe cérébral.

Et quels sont les individus qui délirent sous l'influence de cette infection? Ceux qui sont très aptes à délirer naturellement, c'est-à-dire les prédisposés, les héréditaires, les dégénérés. Aussi, n'existe-t-il pas une forme spéciale de folie des tuberculeux. Chacun délire avec son idiosyncrasie propre comme le prouvent les nombreuses et intéressantes observations de M. Chartier. Ce n'est qu'à une période avancée de la phtisie que la psychose peut prendre des allures particulières plus en rapport avec le degré d'intoxication de l'économie et dont la description bien connue de Clouston peut donner une idée.

On sait que Ball, dans son étude de la folie tuberculeuse, en décrit trois formes qui répondent aux conditions suivantes :

1° Les deux affections suivent une marche parallèle ;

2° La phtisie et la folie obéissent à la loi d'alternance et se remplacent mutuellement ;

3° La folie remplace la phtisie dans les familles de tuberculeux par une sorte de transformation de l'hérédité morbide.

M. Chartier passe en revue ces trois hypothèses. En ce qui concerne la première, il reconnaît qu'elle est exacte et répond aux cas les plus habituels. C'est à eux que s'applique la description de Clouston.

Les faits d'alternance sont beaucoup moins fréquents, tout en étant réels. Il s'agit dans ces cas, non pas de révulsion, comme le pensait Ball, mais de perturbations nutritives qui atteignent alternativement le cerveau où elles favorisent la naissance du délire,

et le poumon où elles préparent le terrain pour le développement du bacille de Koch. Quant à la troisième hypothèse de Ball, elle n'est pas le moins du monde justifiée. Il n'existe entre la tuberculose et la folie frappant une même famille que le lien très général créé par la dégénérescence. En matière de maladie infectieuse, il ne saurait s'agir, en effet, d'hérédité de métamorphose.

L'auteur consacre ensuite quelques pages au diagnostic. Après avoir rappelé les signes qui révèlent la tuberculose à sa période de germination, signes d'une haute valeur pour l'aliéniste, M. Chartier signale comme particulièrement significatives les crises de palpitations nocturnes et les pertes séminales qui surviennent dans les mêmes circonstances. Mais, à son avis, une des sources les plus précieuses d'information réside dans les antécédents personnels et héréditaires des malades : l'existence antérieure d'une pleurésie ou même d'accidents pulmonaires moins caractérisés peut avoir une réelle valeur inductive. Le fait d'appartenir à une famille décimée par la tuberculose n'est pas moins important.

Un résumé sous forme de conclusions correspondant aux divers problèmes abordés dans le cours de la thèse termine ce travail intéressant dont nous n'avons esquissé que les parties principales.

VARIA.

Les drames de l'alcoolisme.

— Rue d'Uzès, le sieur Cottin, trente-deux ans, placier en dentelles, rentrait ivre. Sa femme lui ayant fait des observations, il la tua d'un coup de revolver. Il a été arrêté.

— A Haspres (Nord), Simon Dhaussy, quatre-vingts ans, cultivateur, habitant avec son fils, quarante-cinq ans, célibataire, a été trouvé dans un trou, à moitié décapité par un coup de hache. Le fils, qui habitait avec lui, était dans un état complet d'ivresse. Il a été arrêté comme auteur du crime.

— Émile Sorel, né à Martigny, quarante-huit ans; sa femme, née Delphine Guérin, originaire de Clécy, quarante et un ans, et leurs fils Émile, dix-sept ans, et Albert, onze ans, habitaient à Martigny, près Falaise. Sorel était presque toujours entre deux vins. Mercredi, il était encore pris de boisson lorsque son fils Émile revint de faire un charriage avec ses deux chevaux. Il l'aida

à les dételer. Il était six heures du soir. Soudain, le jeune homme entendit un coup de feu dans la maison. Il y courut et vit sa mère couverte de sang qui tomba comme une masse. — « Elle en tient! » cria Sorel. En entendant son garçon appeler du secours, il se sauva dans sa chambre où il se tira un coup de sa carabine dans le côté. La mort a été aussi instantanée. On a trouvé sur l'assassin deux autres cartouches. On en a conclu qu'il avait l'intention de tuer ses deux fils ; mais rien ne le prouve. Ce crime ne peut être attribué qu'à une fureur déterminée par l'alcool. (*Bonhomme Normand*, 12-20 juillet.)

— On nous mande de Lyon qu'hier, dans un accès de délire alcoolique, le nommé Bazus, âgé de quarante-trois ans, typographe, a frappé sa femme, Marie Simonetti, âgée de trente-deux ans, d'un coup de couteau à la cuisse et lui a tiré un coup de revolver à la tête ; puis, croyant l'avoir tuée, il s'est appuyé contre la poitrine la pointe du couteau et, se jetant contre un mur, s'est enfoncé l'arme jusqu'à la garde dans le cœur. La mort a été instantanée. La femme a été transportée à l'Hôtel-Dieu. On n'a pas pu extraire la balle logée dans le crâne ; cependant, les médecins espèrent la sauver. Les deux époux étaient sourds-muets. C'est leur petit garçon, âgé de cinq ans, qui n'a pas hérité de l'infirmité de leurs parents, qui a raconté la scène, il ne cessait de répéter : « Méchant papa, il a fait bobo à maman ! » Il a été recueilli par sa tante maternelle. (*Le Temps*, du 7 juillet 1899.)

— *Pauvres petits !* — Pierre Martin, cinquante-huit ans, casseur de cailloux à Notre-Dame-de-Courson, a eu quatorze enfants qu'il n'a jamais corrigés outre mesure. Pierre Martin a la tête un peu dérangée par suite d'excès de boisson. Quand il est gris, il prend son plus jeune enfant dans ses bras, le dorlote, le berce ; on dirait qu'il veut lui donner le sein. Malheureusement, un soir, pendant que Martin tenait son dernier bébé dans ses bras, il tomba avec dans la cheminée. Une chaudière d'eau bouillante fut renversée et, le pauvre petit fut tellement brûlé qu'il mourut peu de temps après. Devant le tribunal, Martin fait le pantin et amuse fort l'auditoire quand il dit au président : « Tu sais, moi, monsieur, j'sais pas, j'étais gris. Quant à ma bourgeoise, j'sais pas... D'mande-lui. L'principal, c'est qu'on s'arrange tous les deux. » — Martin attrape tout de même deux mois de prison pour homicide par imprudence. (*Bonhomme Normand*, 27 juin.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Santenoise, médecin adjoint à l'asile public de Saint-Ylie près Dôle, est nommé médecin adjoint de l'asile de Dijon en remplacement de M. le Dr Viallon; — Par divers arrêtés M. le Dr Dodero a été nommé médecin adjoint à l'asile Saint-Ylie (Jura); — M. le Dr Keraval, directeur médecin à Armentières a été promu à la classe exceptionnelle du cadre; — M. le Dr Fani, médecin adjoint à la Roche-Gandon (Mayenne) est élevé à la classe exceptionnelle.

Intérêts professionnels. — Dans son audience du 16 juin 1899, le Conseil d'État statuant au contentieux a décidé qu'un médecin-inspecteur d'un asile départemental d'aliénés, élu député, et qui se trouve avoir droit à une pension de retraite par suite de la suppression postérieure de son emploi, peut réclamer la jouissance de cette pension *à dater de la cessation de ses fonctions*. C'est donc à tort que, dans l'espèce, le Conseil général du département intéressé avait pris une délibération portant que le médecin n'entrerait en jouissance de cette pension qu'à l'époque de la cessation du mandat de député. (*Sem. med.* n° 25, 1899.)

Aliénés en liberté. — M. Arnaudin, quarante et un ans, receveur de l'enregistrement à Vimoutiers (Orne), qui était, depuis quelque temps, obsédé par des idées de persécution, s'est tué en se tirant un coup de fusil dans la tête. (*Bonhomme Normand*, 27 juin.)

— Les chaleurs ont causé, à Paris, de nombreux cas de transports au cerveau. Une ancienne danseuse, Marguerite Pouroy, a été prise de folie, place Clichy. Au commissariat, elle enleva d'un coup de pied les lunettes du commissaire. Pendant qu'on la conduisait à l'infirmerie, elle brisa les glaces du fiacre et voulut étrangler les inspecteurs, qui eurent toutes les peines du monde à la maîtriser. — A la station de la Porte-Maillot, un voyageur très correct, M. S..., ingénieur, subitement pris d'un accès d'aliénation mentale, se plantait sur la voie, au moment où un train venant de Paris était en vue et levait l'index pour l'arrêter. Des employés l'empoignèrent et le firent conduire au commissariat des Ternes. — Enfin, des agents ont arrêté, boulevard de Clichy, un cocher, déséquilibré également, qui leur avait jeté sur la tête un seau

d'eau, probablement destiné à leur rafraîchir les idées. (*Bonhomme Normand* du 20 juillet 1899.)

La folie. — Pris d'un subit accès de folie, un nommé Fortet, âgé de quarante ans, plongeur, tirait, hier matin, plusieurs coups de revolver sur une boutique de blanchisseuse, rue Aumaire. Arrêté et conduit au commissariat ce fou furieux a déclaré avoir voulu se venger des blanchisseuses qui le narguaient et empoisonnaient son linge. Il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*La Fronde*, 11 juillet 1899.)

Suicide d'enfant. — Le jeune Georges Berliot, quatorze ans, d'Amiens (Somme), craignant des reproches de ses parents, s'est couché sur la voie ferrée et a été écrasé par un train. (*Bonhomme Normand*, 20 juillet.)

Bechterew (W.-V.). — *Ueber die Bedeutung der gleichzeitigen Anwendung hypnotischer Suggestionen und Anderer Mittel bei der Behandlung des chronischen Alcoholismus.* — Brochure in-8° de 3 pages. — Coblenz, 1899. — Librairie W. Groos.

Bechterew (W.-V.). — *Ueber unwillkürlichen Harnabgang beim Lachen.* — Brochure in-8° de 2 pages. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit et Cie.

Bechterew. — *Neue Beobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Steifigkeit der Wirbelsäub.* — Brochure in-8° de 13 pages, avec une planche hors texte. — Leipzig, 1899. — Librairie W. Vogel.

Bechterew. — *Ueber periodische acute Paranoia simplex als besondere form periodischer Psychosen.* — Brochure in-8° de 14 pages. — Berlin, 1899. — Librairie von S. Karger.

Bechterew. — *Ein neues Algesimeter.* — Brochure in-8° de 5 pages, avec 5 figures. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit and C°.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* (Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour 1898), publiées avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer. — T. XIX de la collection. — Un fort volume in-8° de LXXXVII-234 pages, avec 13 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 7 francs. — Pour nos abonnés : 5 francs. — Bureaux du *Progrès médical.*

Bulhôes Carvalho. — *Desequilibrio apparente entre a natalidade e a mortalidade na cidade do Rio-Janeiro.* — Brochure in-8° de 23 pages. — Rio-de-Janeiro, 1899. — Typographia Besnard frères.

Cestan (R.). — *Le syndrome de Little, sa valeur nosologique, sa pathogénie.* — Volume in-8° de 131 pages. — Paris, 1899. — Librairie G. Steinheil.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le* 28 *JUILLET M. H. DURAND n'a plus aucune fonction au* **Progrès Médical**. *Il est remplacé par M. Aimé* ***ROUZAUD*** *qui est chargé exclusivement des* **annonces** *et de la partie administrative.*

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir de ce jour. Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

— *Jusqu'au* 31 *décembre, la collection complète des* **Archives de Neurologie** *sera livrée à nos nouveaux abonnés au prix de* **cent vingt** *francs, y compris l'abonnement de* 1899. — *A partir du* 1er *janvier* 1900 *le prix de la collection complète* (1880-1899) *sera porté à CENT CINQUANTE francs.*

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS. — *Nous rappelons à nos abonnés, aux auteurs et aux éditeurs qu'il est rendu compte dans les* **Archives** *de tous les ouvrages dont il est envoyé* DEUX EXEMPLAIRES. *Les ouvrages dont il ne sera adressé* QU'UN EXEMPLAIRE *seront simplement annoncés.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 899

Vol. VIII. Septembre 1899. N° 45

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE.

DOUBLE CENTRE D'INNERVATION CORTICALE OCULO-MOTRICE ;

Par le Dr Joanny ROUX.

Depuis quelques années, la question des centres corticaux a notablement changé de face. Il ne s'agit plus de rechercher dans l'écorce des territoires distincts, dont le rôle *exclusif* soit de régler telle ou telle fonction, de commander à certains groupes musculaires, ou d'élaborer les impressions centripètes venues d'une région déterminée. La doctrine des centres autonomes et distincts, exclusivement moteurs ou exclusivement sensitifs, a vécu.

Il n'y a plus que des *centres réflexes* (Exner) ou si l'on préfère des centres *sensitivo-moteurs*.

Cette doctrine depuis déjà longtemps soutenue au point de vue physiologique (voir les travaux de Schiff, Tripier, Bastian, Dana, Luciani et Tamburini) a reçu sa consécration anatomique surtout des recherches embryologiques de Flechsig.

Le système nerveux est un *chemin de la force*, répète volontiers le professeur Pierret. L'écorce cérébrale reçoit de l'influx nerveux et en projette : pour cela des fibres nerveuses viennent s'y terminer ou y prennent naissance. On distingue dans cette écorce deux sortes de zones : les zones de *projection* et les zones d'*association*. Les premières communiquent directement à la périphérie par des *fibres centripètes et des fibres centrifuges mélangées*. Les secondes ne

communiquent avec la périphérie qu'indirectement, par l'intermédiaire des zones de projection. *Il n'existe pas de zones n'ayant que des fibres centrifuges ou que des fibres centripètes.* Toute zone de projection est donc susceptible et de recevoir de l'influx et d'en émettre, d'être et *sensitive* et *motrice*.

Il y a longtemps qu'on savait qu'au niveau des circonvolutions centrales, les fibres centripètes étaient mêlées aux fibres centrifuges. Monakow avait déjà démontré aussi l'existence de fibres centrifuges mêlées aux radiations optiques centripètes. C'est à Flechsig que revient l'honneur d'avoir établi qu'il s'agit là d'une loi générale : que toute zone de projection est en rapport avec la périphérie dans les deux sens centripète et centrifuge, ainsi s'est trouvé définitivement établie la doctrine qui fait des centres corticaux, des *centres réflexes* ou *sensitivo-moteurs*. De même que les centres moteurs des anciens auteurs sont en même temps sensitifs, *de même les centres sensoriels* (vision, audition, etc.) *sont en même temps moteurs*. Il m'a semblé que ces notions nouvelles étaient susceptibles d'éclairer la question si controversée de l'innervation corticale oculo-motrice, et permettaient de reviser les observations et doctrines anciennes à ce sujet.

Nous étudierons successivement : 1° Le rôle de la corticalité dans la physiologie normale des mouvements oculaires, tel que nous permettent de le concevoir les données anatomiques ; 2° Les applications à la pathologie.

CHAPITRE PREMIER

RÔLE DE LA CORTICALITÉ DANS LA PHYSIOLOGIE NORMALE DES MOUVEMENTS OCULAIRES

Les mouvements oculaires réflexes et *inconscients*, tels que le réflexe irien à la lumière, ne nous occuperont pas; ils se passent entièrement dans les noyaux gris de la base; l'écorce n'y a aucune part.

I. *Mouvements réflexes conscients involontaires.* — L'œil en tant qu'organe sensoriel (rétine) correspond à une zone du cortex bien déterminée : le centre visuel cortical situé à la

face interne et inférieure du lobe occipital (cuneus, lobe lingual et lobe fusiforme d'après Déjerine et Viallet — scissure calcarine, lobe lingual et lobe fusiforme d'après Brissaud — la scissure calcarine seulement avec ses deux lèvres, d'après Henschen).

L'œil, avec ses muscles, en tant que doué de la sensibilité générale (trijumeau) *correspond à une autre zone de projection*. Celle-ci doit faire partie de la zone de projection du reste de la face : rien ne nous autorise à l'en séparer (hémianesthésie). Les fibres centripètes, faisant suite aux filets du trijumeau, abordent la corticalité en un point encore assez mal déterminé, mais correspondant vraisemblablement à la partie inférieure de la frontale ascendante, et aux pieds des deuxième et troisième frontales [1]. Ces deux zones peuvent être lésées isolément ou simultanément (hémianesthésie, hémianopsie).

L'existence de deux zones de projection centripète, nous permet déjà de concevoir l'existence de deux zones de projection centrifuge (motrice) superposées aux premières.

A. *Rôle moteur du centre visuel cortical. Centre oculomoteur postérieur.* — Une vive lumière se produit à ma droite : mon regard se dirige de ce côté, mes yeux, convergent sur le point lumineux, ma pupille se contracte au degré nécessaire, mon cristallin accommode. Tous ces mouvements ont été involontaires, réflexes, mais *conscients* [2]. Que s'est-il passé au point de vue physiologique ? La rétine a été impressionnée fortement, l'impression s'est propagée par les nerfs optiques, les bandelettes, les noyaux gris centraux, les radiations optiques jusqu'au centre visuel cortical. Là s'est produite une sensation consciente : la vision d'une lumière à ma droite; et c'est en cela que ce centre est *sensitif*. Puis l'impression s'est réfléchie *par les fibres nerveuses centrifuges*, mêlées aux radiations optiques centripètes, jusqu'aux noyaux gris centraux, où par l'intermédiaire des oculo-moteurs s'est produit le mouvement de latéralité des yeux à droite, la convergence, la contraction irienne. la contraction du muscle

[1] Dans cet article nous aurons en vue, moins d'établir des localisations *précises* que de donner une vue d'ensemble de la question, et montrer le jour véritable sous lequel elle doit être envisagée.

[2] Au moins dans leur ensemble : j'ai conscience de *regarder* à droite.

de Brucke et peut-être des modifications au niveau de la rétine[1]. Voilà autant de mouvements dont le point de départ est le centre visuel cortical. Il est bien certain que ces mouvements ne sont pas le résultat de réflexes se passant dans les noyaux de la base ; car *ils ne se produisent plus lorsque le centre visuel cortical est lésé*[2] (hémianopsie et cécité d'origine corticale). D'autre part, c'est bien par les fibres centrifuges émanées du centre visuel cortical que celui-ci agit sur les noyaux oculo-moteurs car ces mouvements se produisent encore lorsque les circonvolutions centrales dites motrices sont lésées[3] (voir plus loin).

L'idée d'ailleurs n'est pas neuve de faire jouer un rôle oculo-moteur à l'écorce du lobe occipital. Nous avons à ce sujet un certain nombre de données expérimentales.

Bechterew excitant la deuxième circonvolution primitive ou externe du chien entre le bord postérieur du gyrus sigmoïde et la pointe du lobe occipital a vu : 1° la déviation des yeux du côté opposé ; 2° une légère occlusion des paupières ; 3° le rétrécissement des pupilles. Ce n'est pas, probablement, que la face *convexe* du lobe occipital joue un rôle par elle-même. Mais nous savons que les fibres qui se rendent au centre visuel, *ou en partent*, passent immédiatement au-dessous de cette circonvolution. Il est vraisemblable que dans l'expérience de Bechterew l'excitation a diffusé, est allé exciter les fibres sous-jacentes allant du centre visuel aux noyaux gris centraux.

Luciani et Tamburini avaient déjà fait une expérience semblable. Ils furent les premiers à considérer le centre visuel cortical comme un centre sensitivo-moteur. Schœffer[4] a précisé davantage encore. Les yeux se dirigeaient en bas par l'excitation de la zone supérieure du lobe occipital, en haut par l'excitation de la zone inférieure, latéralement par

[1] Joanny Roux. *Réflexes rétino-rétiniens* (*Arch. d'opht.*, juin 1898). *Le signe d'Argyll Robertson* (*Province médicale*, avril 1898). *Mécanisme anatomique de l'attention* (*Arch. neurologie*, décembre 1898).

[2] Ceci pour répondre aux auteurs qui placent dans les noyaux gris de la base le centre réflexe de ces mouvements.

[3] Ceci pour répondre à ceux qui prétendraient que le circuit réflexe passe du centre visuel cortical aux circonvolutions centrales.

[4] Schaefler. *Experiments on the electrical excitations of the visual area of the cerebral cortex in the monkey* (*Brain*, avril 1888).

l'excitation de la zone intermédiaire. Il note que les mouvements étaient plus intenses lorsque l'*excitation était portée à la face interne du lobe occipital*. Il admet que l'excitation produit des images subjectives qui sont projetées dans la partie correspondante du champ visuel : le regard est alors attiré de ce côté comme dans l'exemple que nous avons donné plus haut. Et ce qui prouve que l'excitation passe bien par les fibres centrifuges mêlées aux radiations optiques, c'est que les expériences donnent les mêmes résultats lorsqu'on enlève les circonvolutions centrales dites motrices.

Des expériences analogues ont été faites par Unverrich, Danillo, Munk. L'hypothèse des images visuelles subjectives (Schæffer) n'est pas nécessaire, car l'excitation de la substance blanche du lobe occipital produit les mêmes mouvements (Danillo). La section du corps calleux ne change rien aux résultats (Munk). La section de la couronne rayonnante du lobe occipital empêche ces mouvements de se produire (Munk). Même chez les oiseaux où l'entrecroisement optique est complet l'excitation d'un seul lobe occipital produit les mouvements des deux yeux (Steiner).

L'expérimentation et l'anatomie normale s'accordent donc à faire de la face interne et inférieure du *lobe occipital un centre non seulement sensitif, mais aussi moteur*. Nous verrons plus loin que ces données concordent également avec ce que nous apprend la clinique et l'anatomie pathologique.

Voilà donc une première zone corticale jouant un rôle dans les mouvements des globes oculaires et des paupières[1] : c'est le centre *oculo-moteur postérieur*, ou si l'on préfère le *centre sensorio-moteur de la vision*. Ce n'est qu'un centre *réflexe* : par son intermédiaire, c'est la rétine qui commande et dirige elle-même ses déplacements.

B. *Centre oculo-moteur antérieur*. — La zone de projec-

[1] Toute cette étude nous montrera que les mouvements des paupières sont, au point de vue de leur physiologie, inséparables de ceux du globe oculaire : et cela non seulement pour le releveur innervé par la troisième paire, mais aussi pour l'orbiculaire innervé par la septième paire. J'approche vivement mon poing fermé des yeux ouverts d'un malade ; ils se ferment vivement : le centre réflexe a été le lobe occipital. En effet, ce réflexe est aboli dans la cécité corticale, conservé dans certains cas de paralysie des mouvements des yeux (V. plus loin) dans la paralysie pseudo-bulbaire.

tion correspondant à la sensibilité générale de l'œil et de ses annexes est-elle en même temps motrice ? S'il en était autrement, cette région échapperait à la loi générale citée plus haut : nous n'avons aucune raison de le supposer. Qu'un corps étranger vienne se loger sous notre paupière : il provoquerà d'abord un clignement purement réflexe se passant dans les noyaux de la base; puis, en même temps qu'une *sensation consciente* pénible, une série de mouvements des paupières destinés à l'expulser. L'observation et l'anatomie normale nous permettent de supposer que ces mouvements ont pour centre la zone de projection *sensitive*, correspondant probablement au pied de la deuxième frontale. L'expérimentation et surtout la pathologie nous donneront des arguments plus positifs.

D'après Mott et Schæffer l'excitation du tiers supérieur de cette zone produirait une déviation latérale, et un abaissement des globes ; l'excitation du tiers moyen, la déviation latérale simple ; l'excitation du tiers inférieur, la déviation latérale avec élévation.

Fritsch et Hitzig, Ferrier, Beevor et Horsley, Munk, Steiner ont aussi produit des mouvements des yeux par l'excitation de l'écorce du lobe frontal. Le temps perdu serait moindre que dans les mouvements produits par l'excitation du centre postérieur.

A la partie postérieure du lobe frontal, probablement au niveau du pied de la deuxième frontale, existe donc une portion de l'écorce correspondant à la sensibilité de l'œil et de l'orbite et à la mobilité du globe oculaire et des paupières. C'est le centre *oculo-moteur antérieur* ou *sensitivo-moteur*[1].

II. *Mouvements conscients et volontaires.* — Pour simplifier cette étude, nous n'avons examiné jusqu'ici que les mouvements manifestement involontaires, réflexes, quoique conscients. Les mouvements dits volontaires ne sont eux aussi que des mouvements réflexes, mais plus compliqués. Au point de vue psychologique, ils se distinguent des mouvements réflexes automatiques parce que : 1° ils sont précédés de la représentation consciente des mouvements à exécuter ;

[1] Il est possible qu'au centre oculo-moteur antérieur corresponde la migraine ophtalmoplégique, comme au centre postérieur sensorio-moteur correspond la migraine ophtalmique.

2° ils sont accompagnés d'une illusion qui nous fait croire à notre libre arbitre.

Un bruit insolite venant de la rue frappe mon oreille, excite mon attention, éveille l'idée d'*aller voir ;* puis l'image du mouvement à exécuter se forme en moi, je me lève et *dirige mon regard vers la fenêtre.* J'ai, en même temps, l'illusion d'agir librement. A quoi cela répond-il au point de vue psychologique ? A un simple réflexe : excitation du nerf sensoriel, conduction à la première circonvolution temporale, *traversée du centre d'association, l'insula,* du pied de la deuxième frontale qui fait mouvoir mes yeux, des autres circonvolutions motrices qui me font me lever et marcher. C'est dans la traversée du centre d'association que sont apparus[1] les deux caractères que nous avons attribués plus haut aux mouvements dits volontaires.

Ici une question se pose : ces mouvements dits volontaires, dont l'excitation provient d'un centre d'association, peuvent-ils passer indifféremment par le centre antérieur ou par le centre postérieur ? Dans le premier cas, ils sont précédés de l'image *sensitivo-motrice* du mouvement à exécuter; dans le second cas d'une image *sensorio-motrice.* Lorsque je me lève pour *aller voir* dans la rue, ai-je en même temps que la représentation du mouvement à exécuter, celle des sensations qui résulteront de ce mouvement, ou bien celle du spectacle que je m'attends à voir? L'observation psychologique est impuissante à répondre. La pathologie nous fournira peut-être la solution demandée. (*Voy. plus loin.*)

III. *Action bilatérale et symétrique de chacun de ces centres.* — Les muscles dont l'action est *habituellement* synergique de celle des mêmes muscles du côté opposé, obéissent à la fois aux *deux* hémisphères : une lésion unilatérale ne les paralyse jamais complètement. Il en est ainsi par exemple des muscles du pharynx, du larynx, du tronc, etc. Cependant ces muscles obéissent encore d'une façon *prédominante* à l'hémisphère du côté opposé ; aussi ne sont-ils pas absolument intacts dans l'hémiplégie (Féré et Lépine).

Les muscles moteurs du globe oculaire agissent *toujours* d'une façon synergique : il nous est absolument impossible

[1] Comment? Nous n'avons pas à envisager cette question ici : *c'est tout le problème de la conscience.*

de mouvoir un œil isolément. Cela nous fait déjà prévoir que nous ne trouverons jamais de paralysies de ces muscles sur un *seul* œil, dans les lésions corticales.

Les muscles moteurs des paupières (orbiculaire-releveur) agissent *habituellement* d'une façon synergique ; mais nous pouvons cependant mouvoir isolément la paupière d'un seul œil. C'est dire que là, comme pour le pharynx et le larynx, nous pouvons trouver d'un seul côté des troubles légers de la motilité dans les lésions unilatérales. C'est ce que va nous apprendre la pathologie.

CHAPITRE II

APPLICATIONS A LA PATHOLOGIE

Nous aurons à examiner successivement : I, les troubles des mouvements oculaires et palpébraux dans les lésions unilatérales ; II, dans les lésions bilatérales des hémisphères.

I. *Dans les lésions unilatérales.* — Deux ordres de faits sont à considérer : 1° la déviation conjuguée des yeux : 2° les troubles moteurs des paupières.

§ Ier. — *Déviation conjuguée de la tête et des yeux.*

Nous ne pouvons faire ici l'historique de cette question, et citer les nombreux travaux auxquels elle a donné lieu (Cruveilhier, Foville, Millard et Gubler, Charcot, Vulpian, Prévost, Landouzy, Coingt, Grasset, Wernicke, etc., etc.). Nous rappellerons seulement que son origine peut être multiple : périphérique (lésions du labyrinthe), bulbaire (lésion du noyau de Deiter), cérébelleuse (Thomas), protubérantielle (lésion du faisceau longitudinal postérieur), pédonculaire, capsulaire. et enfin corticale. Nous n'envisagerons que les cas où elle est due à une lésion des hémisphères.

a) *Déviation conjuguée de la tête et des yeux associée à l'hémianopsie latérale.* — Cette forme n'est pas décrite isolément dans les traités classiques ; cependant on peut dire que dans l'hémianopsie latérale homonyme, elle ne manque à peu près jamais. Seulement elle est souvent *passagère*, disparaît quelquefois au bout de plusieurs jours ; elle peut être facilement corrigée, le malade tourne sa tête et ses yeux du

côté opposé sans difficultés. Cependant non seulement elle est presqne constante, mais chez les malades dans le demi-coma, c'est un excellent signe qui permet de soupçonner le trouble de la vision. Son explication psychologique est très simple : le regard est attiré du côté du champ visuel sain; comme dans l'exemple cité plus haut, le regard est attiré du côté d'une vive lumière.

Tous les mouvements que nous avons mis plus haut sous la dépendanee du lobe occipital (mouvements de latéralité, convergence, pupille, accommodation), sont abolis d'un seul côté : une bougie placée dans la moitié obscure du champ visuel ne les provoque plus[1].

Les impressions lumineuses venant du côté du champ visuel intact ne sont plus contre-balancées par celles venant du côté opposé. Le tonus des muscles oculaires sollicités d'un seul côté prédomine dans ce sens. Mais c'est là en quelque sorte une modification simplement de la statique, et non de la dynamique. Des quatre centres auxquels obéit chaque globe oculaire, un seul est détruit, les autres suffisent à assurer l'intégrité des mouvements. Cette déviation statique des yeux se rencontre aussi bien dans la lésion de la substance blanche que de l'écorce. L'anatomie nous a en effet précédemment appris que les fibres centrifuges du centre visuel sont intimement mêlées aux fibres centripètes.

La déviation conjuguée des yeux associée à l'hémianopsie est sous la dépendance des lésions du centre postérieur sensorio-moteur, ou de ses fibres de projection centripètes et centrifuges.

b) *Déviation conjuguée de la tête et des yeux dans les lésions du pli courbe.* — Grasset et Landouzy, presque en même temps[2], établirent l'existence d'un centre cortical de la déviation conjuguée de la tête et des yeux au pied du lobule pariétal inférieur (Landouzy), sur la circonvolution qui coiffe le fond de la scissure de Sylvuis et le pli courbe (Grasset). Cette localisation fut admise par Henschen et Wernicke, très discutée au contraire par Charcot et Pitres.

[1] Cette bougie, par contre, provoque encore le réflexe irien *lumineux*, bien différent du réflexe irien de la *vision rapprochée* (V. Dr J. Roux, *Le signe d'Argyll Robertson*, *loc. cit.*).

[2] Grasset. *Montpellier médical*, 1879. — Landouzy. *Bulletin de la Soc. anat.*, 1879.

qui montrèrent qu'il y a un grand nombre de faits négatifs.

Peut-on aujourd'hui interpréter les faits d'une façon plus rationnelle, à la lumière des notions nouvelles? Les lésions du pli courbe déterminent de la déviation conjuguée, mais d'une façon inconstante. Rappelons d'abord que ces mêmes lésions du pli courbe déterminent aussi d'une façon inconstante de l'hémianopsie par lésion des fibres blanches sous-jacentes (Déjerine et Viallet). Or nous savons déjà que la lésion de ces fibres blanches sous-jacentes détermine en même temps que de l'hémianopsie de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Faut-il généraliser et dire que si la lésion du pli courbe détermine de la déviation oculaire, c'est *toujours* par l'intermédiaire de la lésion des fibres sous-jacentes? Ce serait peut-être imprudent, car alors cette déviation s'accompagnerait toujours d'hémianopsie. Or quoique celle-ci demande à être recherchée, passe facilement inaperçue, nous ne sommes pas autorisé à dire qu'elle a été méconnue dans les cas où elle n'est pas signalée concomitamment avec la déviation oculaire. Peut-on admettre d'autre part que les fibres centrifuges parties du centre visuel puissent être lésées isolément, indépendamment des fibres centripètes? Non, puisqu'elles sont mélangées (Monakow, Flechsig). Mais ce que l'on peut admettre c'est qu'elles soient impressionnées à distance (compression, modifications circulatoires) plus que les fibres centripètes. Nous savons, en effet, que les fibres centripètes, en présence d'une cause pathologique, conservent leurs fonctions plus longtemps que les fibres centrifuges correspondantes. Nous serions donc tenté d'admettre la progression suivante pour les lésions du pli courbe : une lésion très superficielle et légère ne détermine aucun symptôme du côté des yeux ; une lésion un peu plus prononcée détermine de la déviation conjuguée, par action sur les fibres centrifuges issues du centre visuel cortical ; une lésion profonde détermine à la fois de l'hémianopsie et de la déviation oculaire.

Disons cependant qu'il n'y a rien d'irrationnel à prolonger jusqu'au pli courbe le centre postérieur des mouvements des yeux. Il n'est pas prouvé, en effet, que cette région soit privée de fibres de projection (V. Déjerine [1]). D'autre part, quoique

[1] Déjerine. *Soc. de Biol.*, 1897.

superposées, les régions motrices et sensitives n'ont pas toujours les mêmes limites. Le territoire de la sensibilité générale dépasse bien en arrière le territoire moteur. Il n'y aurait rien d'irrationnel à supposer que le territoire oculo-moteur dépasse en avant le territoire oculo-sensoriel.

Ce n'est donc qu'avec réserves que nous formulerons la conclusion suivante : *La déviation conjuguée des yeux, consécutive aux lésions du pli courbe, est due à la suppression fonctionnelle des fibres sous-jacentes, issues du centre postérieur sensorio-moteur.*

c) *Déviation conjuguée de la tête et des yeux par lésion du centre oculo-moteur antérieur.* — Il est un grand nombre de faits où la lésion, tout en étant hémisphérique, respecte le centre postérieur sensorio-moteur ainsi que le pli courbe. Il s'agit alors d'une lésion soit des circonvolutions dites motrices, soit de leurs fibres de projection. Il est inutile de rappeler ces faits, ils sont très nombreux. Si les observations ne sont pas encore assez précises, les lésions assez limitées pour localiser *exactement* le centre oculo-moteur antérieur, elles permettent d'affirmer son existence, et confirment ainsi les données de l'observation de l'anatomie normale et de l'expérimentation.

La déviation conjuguée des yeux, habituellement associée à l'hémiplégie motrice, sans lésion ni du pli courbe, ni du lobe occipital, est produite par une lésion du centre oculo-moteur antérieur.

Théoriquement, on devrait avoir alors de l'anesthésie sensitive, de même que dans les cas précédents nous avions de l'anesthésie sensorielle. De ce que les troubles objectifs de la sensibilité manquent souvent en réalité, il ne faudrait en conclure que la théorie a tort, car nous savons avec quelle facilité s'établissent les suppléances, en ce qui concerne la sensibilité générale [1].

§ II. — *Troubles de la motilité des paupières.*

Les mouvements des paupières, avons-nous dit, sont, au point de vue physiologique, inséparables de ceux des mouvements oculaires. Les uns et les autres peuvent avoir

[1] Voir en particulier Brissaud. *Troubles de la sensibilité dans les hémiplégies corticales* (*Leçons cliniques*, 1895).

pour point de départ une excitation sensorielle de la rétine, comme une excitation sensitive du trijumeau. Nous rechercherons donc quels sont les troubles produits soit par une lésion du lobe occipital, soit par une lésion du centre oculo-moteur antérieur.

a) *Dans les lésions du lobe occipital.* — Lorsque celles-ci sont isolées, les troubles sont peu appréciables, car peu nombreux sont les mouvements palpébraux ayant la rétine pour point de départ et le lobe occipital comme centre de réflexion.

C'est d'abord le clignement réflexe produit par une vive lumière ; il est aboli dans les lésions du lobe occipital : une lueur intense produite dans la moitié abolie du champ visuel d'un hémianopsique ne provoque plus l'occlusion des paupières.

C'est en second lieu le mouvement de la paupière supérieure, associé au mouvement d'élévation des globes occulaires[1]. Ces deux mouvements étant sous la dépendance de chacun des deux lobes occipitaux, ne sont pas troublés dans les lésions unilatérales. Peut-être le serait-il dans l'hémianopsie horizontale supérieure ; mais l'existence de celle-ci est trop discutable.

b) *Dans les lésions du centre oculo-moteur antérieur*[2]. — Lorsque celles-ci sont isolées et unilatérales, les troubles sont encore peu importants. Dans l'hémiplégie motrice complète il est fréquent de trouver une intégrité presque complète de la musculature oculaire et palpébrale. On sait à quelles discussions a donné lieu en particulier l'intégrité apparente de l'orbiculaire (facial supérieur).

Pour expliquer cette intégrité il n'est peut-être pas suffisant d'invoquer, comme on l'a fait, l'innervation symétrique et bilatérale : les muscles oculaires et palpébraux obéissent non pas à deux, mais à *quatre* centres, deux de chaque côté ; l'un d'eux peut être supprimé sans que la motilité soit abolie.

Ce n'est pas à dire cependant que la suppression de ce centre

[1] On sait que la dissociation de ces mouvements dans le goitre exophtalmique constitue le signe de de Graefe.

[2] Cette partie de notre sujet vient d'être étudiée d'une façon magistrale par Miraillé (*Arch. Neur.*, 1899, n° 1). Ce travail très complet nous permettra d'être bref.

ne doive provoquer aucun trouble ; en fait, ces troubles existent, mais sont très légers.

A l'état normal il nous est possible de fermer et d'ouvrir un œil isolément ; dans l'hémiplégie organique, ces mouvements isolés deviennent impossibles du côté paralysé (Revillod). Brissaud et Souques ont contesté la valeur clinique de ce symptôme, en observant qu'à l'état normal un certain nombre d'individus n'ont pas la faculté de fermer un œil isolément. Pugliese (*Revista di Patologia nervose et mentale*, janvier 1897, vol. VII, n° 1, p. 14) a fait remarquer que tandis que ce signe ne s'observe que chez 27 p. 100 des individus normaux, presque *tous* les hémiplégiques le présentent. De plus, il en est qui affirment que son apparition date de l'ictus.

Si après avoir fait fermer les yeux à un hémiplégique, nous plaçons nos deux pouces sur ses paupières et que nous lui ordonnions d'ouvrir les deux yeux, nous sentons manifestement que le mouvement s'exécute avec moins de force du côté paralysé. De même, en s'opposant à l'occlusion de la paupière, on sent que l'orbiculaire se contracte avec moins de force.

Enfin, très souvent, il y a une modification de l'état statique, du tonus musculaire : tantôt un rétrécissement, tantôt un élargissement de la fente palpébrale (Pugliese) [1].

En résumé, l'existence dans chaque hémisphère d'un double centre oculo-moteur nous explique très bien pourquoi dans l'hémiplégie la musculature oculaire et palpébrale [2] reste relativement indemne.

Plus difficiles à expliquer sont les cas où une lésoin unilatérale a, contrairement à la règle, paralysé complètement soit l'orbiculaire (Chvostek, Huguenin, Pugliese et Milla) [3], soit le releveur (Grasset, Landouzy, Chauffard, Lemoine, Surmont, Gianelli, etc.). Ce sont ces faits qui ont servi de

[1] V. Miraillé, *loc. cit.*

[2] *In* Pughese, *loc. cit.*

[3] Si les autres muscles innervés par le facial supérieur restent aussi indemnes, c'est probablement qu'ils obéissent aux mêmes centres, et que chacun des centres oculo-moteurs commande à tous les muscles groupés autour de l'œil. On connaît d'ailleurs l'association fonctionnelle qui existe entre le releveur et le frontal, association rompue dans le goitre exophtalmique (signe de Joffroy).

base à la conception d'un centre particulier pour le facial supérieur et d'un autre centre pour le releveur.

Le centre du releveur a été localisé par Grasset[1] et Landouzy[2] au niveau du pli courbe, par les auteurs anglais (Ferrier, de Bono, Hartley Bunting) au niveau du pied de la deuxième frontale ou de la partie inférieure de la frontale ascendante. Le centre de l'orbiculaire (c'est-à-dire du facial supérieur) est placé aussi au niveau de cette dernière région par la majorité des auteurs. Cependant Mendel le localise au pli courbe, en se basant sur des expériences d'Exner et Paneth, qui, par l'excitation de cette région, obtinrent chez les animaux des contractions de l'orbiculaire du côté opposé.

On peut mettre tous ces auteurs d'accord en admettant qu'il existe non pas un, mais deux centres, et que chacun d'eux commande non pas tel ou tel muscle, mais tout l'appareil meteur de la vision. Ces deux centres sont l'oculo-moteur antérieur et l'oculo-moteur postérieur. Ce dernier, il est vrai, ne siège pas au niveau du pli courbe, mais à la face interne du lobe occipital; les fibres centrifuges qui en partent passent au-dessous du pli courbe, d'où les effets des lésions et des excitations de cette région.

La lésion des deux centres (ou de leurs fibres de projection) du même côté peut ne produire que des troubles légers, puisque ceux du côté opposé continuent à agir bilatéralement. Mais chez certains individus ayant une synergie fonctionnelle moins complète, par conséquent, une action bilatérale des centres moins solidement établi; une lésion unilatérale pourra déterminer une véritable paralysie, de même qu'une lésion unilatérale peut quelquefois déterminer des troubles bulbaires assez accentués.

En résumé, la lésion isolée d'un des centres oculo-moteurs ne produit que des troubles très minimes du côté des paupières; chez la plupart des individus, la lésion des deux centres du même côté produit des troubles légers; dans quelques cas rares, la lésion des deux centres du même côté peut produire la paralysie du releveur.

La *ptosis d'origine corticale* nous parait donc avoir, dans la majorité des cas, comme condition anatomique, une lésion

[1] Grasset. *Progrès médical*, 1876. p. 406.

[2] Landouzy. *Arch. gén. de médecine*. 1877.

atteignant les *deux* centres oculo-moteurs. Et en effet, le plus souvent, on trouve à l'autopsie des lésions très étendues ou multiples. Il est cependant quelques cas où la lésion étant plus limitée, l'interprétation est plus difficile.

Nous ne pouvons reprendre ici d'une façon complète la discussion de ces faits, elle a été faite ailleurs (Charcot et Pitres[1], Lemoine[2], Surmont[3]). Contentons-nous d'examiner les faits qui ont été considérés comme les plus démonstratifs d'un centre unique.

Dans le cas de Lemoine, le malade eut en même temps que sa blépharoptose une parésie du bras gauche, et, l'autopsie, en même temps, qu'un ramollissement du pli courbe, montra une hémorragie du pied de la deuxième frontale. Celle-ci, il est vrai, était récente, mais il est tout au moins impossible d'affirmer que cette région (correspondant précisément au centre oculo-moteur antérieur) fût saine. Dans le cas de Grasset, il y avait une méningite diffuse de la convexité des deux hémisphères. Dans le cas de Chauffard, la lésion s'étendait jusqu'à la pariétale ascendante, de même que dans celui de Surmont. Dans les cas de Landouzy et de Gianelli[4] il s'agissait de tumeurs pouvant agir à distance.

Même dans ces cas, il n'est donc pas illogique que les deux centres oculo-moteurs, ou leurs fibres de projection, aient été lésés simultanément. Nous ne parlons pas des autres faits où les lésions étaient toujours multiples ou très étendues.

Il n'est pas impossible cependant que la paralysie des muscles palpébraux puisse être due à la lésion d'un *seul* centre, du centre oculo-moteur antérieur. Il s'agirait alors d'une sorte d'inhibition fonctionnelle, de modifications du tonus, etc.

Faut-il interpréter de même les cas où, contrairement à la règle, le facial supérieur est paralysé par une lésion hémisphérique ? Faut-il voir là la conséquence d'une lésion des *deux* centres oculo-moteurs ? Nous serons beaucoup plus réservé à ce sujet à cause de la rareté des faits et leur ancienneté, du manque de précision dans les observations.

[1] Charcot et Pitres. *Bibl. Charcot-Debove.*

[2] Lemoine. *Rev. de médecine*, 1887, p. 579.

[3] Surmont. *Th. Lille*, 1887.

[4] Gianelli. *La blepharoptose d'origine corticale* (*Rivista quindicinale di Psicologia, Psich., Neurol.*, 1897, 1er mai, n° 1, p. 4).

II. *Troubles des mouvements oculaires dans les lésions hémisphériques bilatérales.* — *Les lésions bilatérales des deux centres postérieurs* sensorio-moteurs nous arrêteront peu. Ils déterminent en même temps que la cécité corticale l'abolition des mouvements réflexes conscients étudiés plus haut (mouvement réflexe de latéralité, convergence, contraction irienne de la vision rapprochée, accommodation) avec conservation des mouvements réflexes inconscients (réflexe irien à la lumière, clignement produit par la sécrétion lacrymale) se passant dans les noyaux gris de la base, et des mouvements dits volontaires se passant dans le centre antérieur sensitivo-moteur.

Les lésions bilatérales du centre oculo-moteur antérieur, ou de ses fibres de projection, sont beaucoup plus intéressantes, et nous y insisterons un peu plus longuement. Etant donné les relations de voisinage de ce centre avec ceux de la langue, des lèvres, du pharynx et du larynx, c'est dans les paralysies pseudo-bulbaires que nous devions chercher l'existence des troubles dus à une double lésion du centre oculo-moteur antérieur. Ces troubles paraissent très rares, peut-être parce qu'ils sont très facilement méconnus, comme nous le montrerons dans un instant. Voici d'abord les observations que nous avons pu réunir.

Observation I (Tournier, *Rev. de méd.*, 1898, p. 671).

Femme de quarante ans, est atteinte d'abord d'hémiplégie droite avec aphasie. Dix mois après, attaque convulsive suivie de monoplégie gauche, de paralysie complète des mouvements volontaires de la langue, des lèvres, des muscles de la face, trismus, déviation conjuguée de la tête et des yeux. Du côté des yeux on note une « *ophtalmoplégie ne portant que sur les mouvements volontaires avec conservation des mouvements réflexes* ». « La malade, dont l'intellect et la volonté sont intacts, *ne peut mouvoir volontairement ni ses globes oculaires, ni ses paupières, ni son front, ni ses joues.* Par contre, de temps à autre, *involontairement, sous une influence réflexe probablement, sont obtenus quelques mouvements peu accusés des globes oculaires et les yeux peuvent se fermer* ».

Autopsie. — *A droite* « foyer de ramollissement occupant tout le segment externe du noyau lenticulaire, la capsule externe, et respectant l'avant-mur. C'est un ramollissement qui a une couleur jaune d'ocre. Sur la coupe qui porte sur la pariétale ascendante et sur la face répondent exactement à la coupe précédente, on

voit que le ramollissement contourne en somme suivant un trajet rectiligne la face externe de tous les noyaux gris ».

A gauche, ramollissement occupant le segment externe du noyau lenticulaire, et plus en avant la partie supéro-interne de la couche optique. « Sur le pli de passage du lobule pariétal supérieur avec la pariétale ascendante, on trouve une petite tumeur semi-hémisphérique. très dure, de la grosseur d'un demi pois ».

OBSERVATION II (Tiling, *Petersb. med. Zeit*, 1874, s. 251 in *Wernicke Arch. f. Psych.* t. XX, p. 273).

Le malade atteint de paralysie pseudo-bulbaire présentait du côté des yeux les symptômes suivants : « Les yeux sont déviés à gauche et ne peuvent pas *volontairement* être dirigés à droite, en haut ou en bas ; cependant ces mouvements peuvent se produire d'une façon *involontaire*. En outre, le malade ne peut pas fermer volontairement les paupières, mais l'occlusion réflexe se produit ».

A l'autopsie : « Dans l'hémisphère gauche grand foyer de ramollissement gris jaunâtre comprenant les deux circonvolutions centrales dans toute leur longueur, le lobule pariétal inférieur, et la plus grande partie de la région postérieure des trois circonvolutions frontales et de l'insula.

A droite : foyer analogue mais plus petit comprenant la base des deux circonvolutions frontales inférieures et la partie adjacente de la frontale ascendante. Dans la profondeur la lésion atteint à peine la substance blanche ».

Ces deux observations sont extrêmement intéressantes et réalisent un tableau clinique tout particulier et qui mérite de retenir l'attention. Dans celui de Tournier il y avait une « ophtalmoplégie ne portant que sur les mouvements volontaires, avec conservation des mouvements réflexes ». La malade qui « ne peut mouvoir volontairement ni ses globes oculaires, ni ses paupières, ni son front, ni ses joues », présente cependant « de temps à autre, involontairement sous une influence réflexe probablement quelques *mouvements peu accusés des globes oculaires* et les yeux peuvent se fermer.

Grâce à l'obligeance de M. Devic et de M. Tournier, il nous a été permis d'examiner cette malade. Etendue dans son lit, avec le masque immobile de la paralysie pseudo-bulbaire, la malade n'attirait nullement l'attention du côté de ses yeux : ceux-ci ne présentaient aucune déviation, pas de strabisme ; de temps en temps le clignement se produisait normalement ;

son regard se fixait sur les personnes qui l'approchaient. *Les troubles du côté des yeux pouvaient très facilement passer inaperçus.* Tous les mouvements ayant pour origine une excitation de la rétine (mouvements de latéralité, convergence, constriction de la pupille, clignement produit par une lumière, par l'approche du poing) s'exécutaient normalement. Nous savons maintenant que ces mouvements ont leur centre de réflexion dans le lobe occipital. Si au contraire on commandait à la malade de fermer les yeux, elle s'y efforçait en vain, alors qu'il suffisait d'approcher la main pour obtenir ce mouvement. Il en était de même si on lui demandait de regarder à gauche ou à droite. Les mouvements oculaires et palpébraux, chez cette malade, ne pouvaient plus être déterminés que par une impression rétinienne. Les sensations venues d'ailleurs, l'excitation transmise par les centres d'associations (V. plus haut : Mouvements volontaires) restaient inefficaces.

L'observation de Tiling est calquée sur la précédente. Dans ces deux cas, il y avait une suppression des deux centres oculo-moteurs antérieurs; les yeux n'obéissaient plus qu'aux centres oculo-moteurs postérieurs. Mais comme ceux-ci sont capables de provoquer des mouvements *parfaitement coordonnés, adaptés à un but, d'apparence volontaire*, les troubles auraient certainement pu passer inaperçus à un examen superficiel; cela a dû certainement arriver très souvent, et voilà pourquoi nous trouvons une telle pénurie d'observations. Les faits suivants sont beaucoup moins concluants, quoique encore très intéressants.

Observation III (Magnus, résumée d'après Lépine. *Rev. de méd.*, 1877, p. 917).

Femme de vingt-cinq ans, atteinte de paralysie pseudo-bulbaire, à la suite de plusieurs ictus. En ce qui regarde les mouvements des yeux, nous citons textuellement. « *Elle ne peut pas davantage fermer les paupières ;* mais comme le bulbe oculaire jouit de tous ses mouvements (?) ainsi que l'élévateur de la paupière supérieure, les paupières ne sont pas absolument immobiles. Bien que les *paupières ne puissent être fermées volontairement, elles le sont et d'une manière complète si l'on approche vivement la main des yeux, si on expose les yeux à une vive lumière, ou bien dans l'éternuement. Dans le sommeil les paupières sont aussi fermées parfaitement ;* les mouvements de l'iris sont intacts. La malade ne peut

plisser le front et les sourcils ; elle ne peut davantage mouvoir les ailes du nez, les joues et la peau du menton, etc. ». Il existait en outre des troubles de la mastication, de la déglutition, de la parole.

Autopsie (Froriep). « Dans l'hémisphère droit, au bord externe, là où le lobe antérieur et le lobe moyen se confondent, kyste hémorragique ayant détruit deux circonvolutions. La cavité pouvait contenir une petite noix ; la face interne était tapissée par une membrane jaune. »

Observation IV (Grasset, in *Leç. cliniques*, 1898, p. 494).

Homme de quarante-cinq ans, entré le 9 décembre 1896 au n° 6 de la salle Fouquet : il ne parle pas, n'articule aucun mot. Il aurait (d'après le dire de sa famille) perdu la parole le 11 novembre 1896, après un ictus nocturne sans perte de connaissance qui laissa une hémiplégie gauche sans aphasie. Deux jours après un deuxième ictus entraînait la déviation de la bouche et l'aphasie.

Déjà trois ans auparavant il s'était produit un ictus avec sensation de gêne et de pesanteur dans le bras gauche, puis paralysie de la jambe gauche avec hémianesthésie. Un an après il y avait eu une deuxième poussée ; trois mois après une troisième avec hémiplégie gauche. Il en était résulté une gêne à mâcher et à mouvoir la mâchoire.

Nous relevons donc cinq ictus. C'est de plus un alcoolique. On ne trouve pas d'hérédité.

La physionomie est toute spéciale, sans expression de sentiments, c'est un masque figé ; les lèvres supérieure et inférieure sont paralysées ; il y a impossibilité de siffler et de souffler. La langue, non atrophié, ne peut pas dépasser les arcades dentaires ; ses mouvements de latéralité sont complètement impossibles. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont très difficiles et limités. Les mouvements des muscles jugaux sont abolis. Les réflexes de la luette et du voile palais sont conservés, le goût est conservé, la sensibilité de la face aussi.

Notre homme présente de la dysphagie ; s'engoue facilement. Il refoule les aliments avec les doigts au lieu de la langue. *Le froncement des frontaux est impossible. Les yeux sont grands ouverts. Il ne peut absolument pas les fermer volontairement ; clignote à la lumière et à l'approche brusque de la main ; dort les yeux fermés.* La vue est bonne ; pas de lésions ophtalmoscopiques.

Ces deux faits (Magnus, Grasset) sont absolument comparables aux précédents (Tiling, Tournier) ; seulement les trou-

bles sont limités aux paupières : est-ce parce que les mouvements oculaires ont été insuffisamment explorés ?

Là encore nous trouvons une suppression des mouvements *volontaires* avec conservation des mouvements *réflexes*. Là encore il faut admettre une suppression des deux centres oculo-moteurs antérieurs avec conservation des centres oculo-moteurs postérieurs. Nous avons assez insisté plus haut sur le rôle de ceux-ci pour qu'on ne nous objecte pas que ce clignement réflexe avait son siège dans les noyaux de la base : nous avons vu que ce clignement réflexe était supprimé quand le centre postérieur était lésé : approchez le poing du visage d'un hémianopsique, il restera impassible tant que vous resterez dans la moitié obscure de son champ visuel.

Ces quatre observations sont les seules vraiment probantes que nous ayons trouvées. Wernicke [1] cite bien encore un cas d'Andral, et un autre de Thomson, mais l'examen des yeux nous a semblé insuffisant.

On doit très probablement ranger dans la même catégorie deux observations d'Oppenheim et Siemerling (*Charite Annalen*, 1897). Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante-cinq ans atteint de paralysie pseudo-bulbaire, et présentant *une paralysie incomplète des mouvements de latéralité des yeux*. Dans le second cas, un malade âgé de quarante-neuf ans, atteint également de paralysie pseudo-bulbaire, présentait des *mouvements de latéralité des yeux incomplets à gauche*.

Nous préférons ne pas faire usage de ces observations, car dans les deux cas il y avait des *lésions bulbaires*. Dans le premier : petit foyer de ramollissement dans le raphé, au niveau des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Dans le second : petits foyers dont deux sont situés symétriquement à côté des fibres descendantes de la sixième paire.

Enfin on pourrait aussi à la rigueur invoquer un cas d'Anderlya [2] : il s'agissait d'un malade de la clinique de Leyden, âgé de cinquante-deux ans, charpentier, atteint après plusieurs ictus de paralysie pseudo-bulbaire, et présentant une impossibilité de porter le regard à gauche. Cette observation nous a paru trop incomplète.

[1] Wernicke, *loc. cit.*, p. 273 et 274.

[2] Anderlya. *Dissertation inaugurale*. Berlin, 1892. (In *Neur. Centr.*, 1892, p. 473.)

Nous nous baserons donc seulement sur les quatre observations de Tiling, Tournier, Magnus et Grasset, pour établir l'existence d'un tableau clinique tout particulier caractérisé par *l'abolition des mouvements volontaires des globes oculaires et des paupières, avec conservation de mouvements réflexes variés, coordonnés, adaptés, pouvant en imposer pour des mouvements volontaires.*

C'est ici le lieu de revenir sur un point de physiologie normale que nous avons laissé dans l'ombre. Tout mouvement est réflexe, avons-nous dit : le mouvement dit volontaire est celui qui dans son circuit comprend un centre d'association. Dans la traversée de celui-ci apparaissent les deux faits de *conscience* qui caractérisent le mouvement volontaire : il est précédé de la représentation du mouvement à exécuter, et il s'accompagne de l'illusion de la liberté. Nous savons qu'un tel mouvement peut passer par le centre oculo-moteur antérieur. Les quatre observations que nous avons citées nous répondent qu'il n'en est pas de même pour le centre oculo-moteur postérieur. L'incitation qui met en action le centre oculo-moteur antérieur peut venir non seulement de la périphérie mais des centres voisins. L'excitation qui met en jeu le centre oculo-moteur postérieur vient directement de la périphérie par les radiations optiques [1].

Wernicke [2] qui rapporte le cas de Tiling et y joint celui d'Andral et celui de Thomson, avait parfaitement vu tout l'intérêt du tableau clinique que nous avons décrit. Il assimile absolument ces troubles aux paralysies pseudo-bulbaires, et propose le nom d'ophtalmoplégie pseudo-nucléaire [3] : plaçant le centre des mouvements des yeux dans le lobule pariétal inférieur, il admettait que l'ophtalmoplégie pseudo-nucléaire était due à une double lésion des lobules pariétaux inférieurs.

[1] Cette conclusion ne vaut que pour les quatre cas que nous avons rapportés, il est possible que chez d'autres sujets, le centre oculo-moteur postérieur puisse jouer un rôle dans les mouvements volontaires. Cela nous expliquerait pourquoi les troubles oculaires sont si rarement signalés dans les paralysies pseudo-bulbaires.

[2] Wernicke, *loc. cit.*

[3] Dans un travail fait en collaboration avec M. Devic, nous avions cru trouver un exemple d'ophtalmoplégie pseudo-nucléaire (*Rev de médecine*, 1896, p. 412). Nous rattachons aujourd'hui cette observation au syndrome d'Erb.

Il est inutile de renouveler ici les observations présentées plus haut sur cette localisation. Nous ferons simplement remarquer que l'observation principale (celle de Tiling), sur laquelle il s'appuie, est peu favorable à cette opinion. En effet, si à gauche les lésions atteignaient le lobule pariétal inférieur, à droite le foyer beaucoup plus petit respectait celui-ci. Des deux côtés le siège probable du centre oculo-moteur antérieur (pied de la deuxième frontale) était atteint. L'observation est donc beaucoup plus favorable à notre opinion.

Conclusions. — 1° L'anatomie normale, l'expérimentation, l'observation clinique et anatomo-pathologique, s'accordent à démontrer que l'œil possède au point de vue moteur, de même qu'au point de vue sensitif, deux zones de projection corticales. L'une, le centre oculo-moteur antérieur, correspondant à la zone de projection de la sensibilité générale (trijumeau), a son siège probable au niveau du pied de la deuxième frontale. L'autre, le centre oculo-moteur postérieur, correspond à la zone de projection sensorielle (rétine) au niveau de la face interne et inférieure du lobe occipital.

2° Chacun de ces centres agit bilatéralement, et tient sous sa dépendance non seulement les muscles innervés par les nerfs oculo-moteurs, mais aussi l'orbiculaire des paupières (septième paire), c'est-à-dire en somme tout l'appareil moteur de la vision.

3° La lésion isolée du centre oculo-moteur antérieur peut produire : *a*) la déviation conjuguée des yeux ; *b*) des troubles légers des mouvements palpébraux.

4° La lésion isolée du centre oculo-moteur postérieur produit la déviation conjuguée des yeux, et l'hémianopsie. La lésion du pli courbe agit de même par l'intermédiaire des fibres sous-jacentes provenant de la face interne du lobe occipital.

5° Le ptosis d'origine corticale est peut-être dû à une lésion simultanée des deux centres oculo-moteurs du même côté.

6° Une lésion bilatérale et symétrique atteignant les deux centres oculo-moteurs antérieurs ou leurs fibres de projection produit un tableau clinique tout particulier caractérisé par l'abolition des mouvements volontaires des yeux et des

paupières avec conservation de mouvements réflexes coordonnés, adaptés et conscients. Ces mouvements sont sous la dépendance des centres oculo-moteurs postérieurs restés intacts.

PATHOLOGIE NERVEUSE.

DE L'APOPLEXIE PROGRESSIVE

DE SA VALEUR EN TANT QUE SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE SPÉCIAL ;

Par F.-J. BOSC et V. VEDEL (de Montpellier).

L'*hémorragie cérébrale* ne se marque pas toujours par l'attaque d'apoplexie brutale. En dehors des cas où elle peut ne se traduire que par des troubles paralytiques, il en est d'autres dans lesquels les phénomènes apoplectiques se montrent graduellement pour n'aboutir que plus ou moins tardivement au coma et à la mort.

C'est à cette dernière forme que l'on a depuis longtemps déjà donné le nom *d'apoplexie progressive* « ingravescent apoplexy ». Fletcher [1] la décrit en 1846 et William Gull [2] en relate plusieurs cas typiques dans un mémoire de 1859 sur les anévrysmes des vaisseaux cérébraux. Pour Abercrombie et Thomas Watson [3] qui en ont donné une description précise, les traits caractéristiques de cette forme d'apoplexie consistent dans l'absence de perte de connaissance au début. l'aggravation graduelle des symptômes : malaise, céphalée. vomissements, confusion, paralysies, la terminaison fatale dans le coma avec ou sans convulsions. — Cette symptomatologie correspondrait à une hémorragie abondante pouvant se faire jour dans les ventricules.

[1] Fletcher. *Ingravescent apoplexy* (*Med. Times London*, 1846, XIII, 415).

[2] William Gull. *Cases of aneurism of the cerebral vessels* (*Guy's Hosp. Reports*, 1859, 281).

[3] In Broadbent. *On ingravescent apoplexy* (*Med. chir. Transact.*, 1876, LIX, 335).

Broadbent [1] a repris cette étude en 1876 en se basant sur cinq observations personnelles. Cet auteur a voulu montrer que l'apoplexie progressive n'est pas seulement en rapport avec un épanchement de sang abondant, mais encore que la localisation de l'hémorragie est constante. Le territoire hémorragique serait situé sur le côté externe du noyau strié extra-ventriculaire, entre ce ganglion et la capsule externe, et il existerait un rapport étroit entre la symptomatologie et le siège de la lésion.

Depuis ce travail qui tendait à faire de l'apoplexie progressive un syndrome anatomo-clinique spécial, la question ne parait pas avoir attiré beaucoup l'attention. Cependant en 1889, M. Puech [2] et, peu de temps après, M. Mossé [3] publient chacun une observation d'apoplexie progressive, avec hémorragie située sur la face externe du noyau ventriculaire et venant ainsi à l'appui des idées de Broadbent.

Deux cas qui sont venus à notre observation et qui ont présenté quelques particularités, tant au point de vue anatomique que symptomatique, nous ont amenés à reprendre l'étude de cette question et à envisager surtout l'étroitesse du rapport que Broadbent s'est proposé d'établir entre l'évolution des symptômes et la localisation de la lésion.

Le *tableau symptomatique* de l'apoplexie progressive avait été déjà bien tracé dans les observations de William Gull et dans la description de Thomas Watson : « Le coma n'est pas le premier symptôme. La maladie commence ordinairement par une douleur de tête soudaine et aiguë. Le malade devient pâle, défaillant, vomit le plus souvent, et quelquefois mais non toujours tombe dans un état syncopal avec refroidissement de la peau et un pouls faible. Il peut apparaître aussi quelques convulsions. Parfois le malade ne tombe pas, la douleur de tête ne s'accompagnant que d'un état de confusion passager. Dans les deux cas, ces symptômes disparaissent au bout de peu de temps ; le malade revient à lui et peut marcher, mais la douleur de tête persiste. Après un temps qui peut varier de quelques minutes à quel-

[1] Broadbent. *On ingravescent apoplexy. A contribution to the localisation of cerebral lesions* (*Medico-chir. Transactions*, vol. LIX, p. 335, 1876).

[2] Puech. *Apoplexie progressive et hémorragie ventriculaire* (*Progrès médical*, 1889).

[3] Mossé. *Soc. de méd. et de chir. prat.* (*Gaz. hebd.*, Montpellier, 1889).

ques heures et plus, le malade devient lourd, oublieux, incohérent et tombe dans le coma d'où il ne sortira pas. Parfois apparaît une paralysie d'un côté, mais le plus souvent il n'y a pas de paralysie » (Watson).

Broadbent a complété cette description. D'après lui, en dehors de la modalité progressive de l'attaque qui en est le caractère distinctif, il semblerait toujours se produire à un moment donné comme symptômes principaux des vomissements, une hémiplégie avec hémianesthésie et du sopor. Il attire l'attention sur un léger degré de paralysie faciale, sur la déviation latérale des yeux presque constante, avec parfois déviation conjuguée de la tête et des yeux, sur la formation rapide d'eschares et la mort dans le coma profond pouvant s'accompagner de contractures des membres paralysés et de mouvements convulsifs des membres sains, — ces derniers phénomènes en rapport avec la pénétration du sang dans le ventricule.

Les trois observations nouvelles que nous apportons reproduisent dans leur ensemble les caractères donnés par Broadbent comme typiques de l'apoplexie progressive, mais avec toutefois, comme nous le disions plus haut, quelques particularités qu'il nous a paru intéressant de relever.

Observation I (M. Mossé) [1].

Femme, soixante-dix-sept ans, hospitalisée à la Clinique des vieillards, service de M. Mossé.

Ne présentait rien de particulier, lorsque le 1er mai 1888, après une sortie en ville, elle rentre à 2 heures de l'après-midi taciturne, la figure renfrognée. Sans rien dire, elle va se coucher directement, ne répondant pas aux questions de ses voisines. Vomissements verdâtres fréquents. — A 8 heures, les vomissements cessent, mais la malade présente de légères secousses convulsives plus marquées du côté droit. — Si on l'interroge, elle montre par sa physionomie et des pressions de main qu'elle comprend, mais elle ne peut parler. — Chute des paupières,

Le 2 mai matin, on constate une hémiplégie droite avec anesthésie. Température 38°. — Le 3, déviation de la tête et des yeux du côté gauche. Température 39°,2 à droite, 38°,8 à gauche.

[1] M. le professeur Mossé a bien voulu nous communiquer cette observation au sujet de laquelle il avait déjà présenté quelques réflexions à la Société de médecine et de chirurgie pratique de Montpellier (*Gaz. hebd.* de Montpellier, 1889). Nous sommes heureux de l'en remercier.

— Le 4, la tête et les yeux tournent brusquement à droite; convulsions; mort à 8 heures du matin.

A l'*autopsie*, méninges un peu épaisses. A la partie antérieure du lobe frontal gauche on trouve un caillot de 3 centimètres de haut sur 4 centimètres de long, ayant dilacéré la substance cérébrale et faisant saillie sous les méninges molles. A la palpation du lobe frontal on est frappé de son peu de consistance; il se laisse profondément déprimer. A la coupe, toute la partie antérieure de l'hémisphère est creusée par un caillot qui a mangé la substance cérébrale depuis la partie antérieure de la troisième frontale jusqu'à la scissure de Rolando. Il s'étend en dehors jusqu'au niveau du corps calleux et en arrière vient dilacérer la capsule externe.

OBSERVATION II (Vedel).

C... Léon, cinquante-cinq ans, tailleur d'habits, entre à la clinique du professeur Grasset le 18 février 1898, salle Fouquet, n° 15.

Les renseignements fournis par les personnes qui l'accompagnent nous apprennent que la veille vers les 2 heures de l'après-midi, notre malade jusque-là en état de santé convenable, a éprouvé un fort mal à la tête avec vertige et s'est laissé choir. Il a pu se relever, demander secours, et l'on n'a constaté à ce moment qu'une certaine difficulté d'élocution, la connaissance restant entière. Dans la soirée la marche devint impossible et il se montra de la somnolence. La connaissance cependant n'était pas abolie, et dans la voiture qui le portait le lendemain matin à l'hôpital, le malade put demander : « Où me conduisez-vous ? »

A la visite, on se trouve en présence d'un homme qui ne peut se faire comprendre verbalement. Il entend les questions qu'on lui pose mais ne peut y répondre que par un bredouillement inintelligible. La connaissance persiste mais elle est obnubilée. Le malade est en état de somnolence avec une respiration inégale et ronflante, et dès qu'on s'arrête de le questionner, il s'endort aux trois quarts.

Il existe de la déviation conjuguée de la tête et des yeux : la tête est inclinée sur l'épaule gauche, le menton et les yeux sont fixés à droite ; on constate en outre de la paralysie faciale gauche : l'orbiculaire des paupières est intact, mais la commissure labiale est affaissée à gauche, le voile du palais est pendant du même côté, tandis que la langue ne peut dépasser les arcades dentaires. Les pupilles sont égales, myotiques et impassibles. On note encore un certain degré de parésie et d'hypesthésie dans le côté gauche, les phénomènes étant plus marqués au niveau du membre supérieur qu'au niveau du membre inférieur. Les réflexes tendineux sont exagérés. Pas de contractures. Température 38°,3, pouls 80.

Dans la soirée surviennent des vomissements abondants. L'état s'aggrave progressivement : la torpeur s'accentue, l'indifférence devient complète, l'apoplexie se constitue. Température 38°,9.

Le 19 au matin, le tableau de l'apoplexie est réalisé. La connaissance a disparu. Le côté gauche de la face est complètement affaissé. Le myosis persiste. La déviation conjuguée de la tête n'existe plus. Le bras gauche est complètement paralysé, la jambe restant un peu moins atteinte. Les réflexes demeurent exagérés. Pas de contractures. Température 39°,5. Pouls 120. Bientôt survient du stertor. Le malade entre dans le coma et meurt vers 4 heures de l'après-midi avec 40°,5.

Autopsie. — Pie-mère un peu épaissie. Vaisseaux de la base fortement athéromateux. Sylviennes béantes, dures, avec plaques d'athérome sur toute leur étendue.

Hémisphère droit. — La pie-mère enlevée on trouve, à la partie antérieure de la scissure de Sylvius, la surface corticale ramollie et déchiquetée, d'aspect sanglant. Un examen plus attentif montre que la substance cérébrale du pied de la frontale ascendante et du tiers postérieur de la troisième frontale est détruite, dilacérée par des caillots qui font légèrement hernie à l'extérieur.

Coupe préfrontale. — Rien de particulier.

Coupe passant par le pied de la troisième frontale. — Foyer hémorragique faisant une légère saillie à l'extérieur puis s'enfonçant dans la substance blanche sous forme d'une bande étroite qui n'atteint pas la corne antérieure du ventricule.

Coupe passant par le milieu de la frontale ascendante. — Foyer hémorragique volumineux dans la substance blanche en avant de l'insula. Un deuxième foyer siège au-dessous, entre le premier et la partie antérieure de la surface externe du noyau lenticulaire; mais l'hémorragie est séparée du noyau lenticulaire par une bande de substance blanche et se porte en avant à travers le pied de la couronne rayonnante pour aboutir à la corne antérieure du ventricule, sans la perforer.

Coupe passant par le bord antérieur du sillon de Rolando. — Les deux foyers de la coupe précédente sont réunis, formant une vaste hémorragie qui siège surtout au-dessous des circonvolutions en avant de l'insula. Elle se continue en arrière le long de la surface externe du noyau lenticulaire par un prolongement qui reste séparé de la surface même du noyau par une bande de substance blanche et va en s'effilant sans dépasser son tiers postérieur.

Coupe passant par le milieu de la pariétale ascendante. — A ce niveau, l'hémorragie est surtout marquée en avant du noyau lenticulaire en pleine couronne rayonnante. Elle s'étend en arrière vers l'insula, mais plutôt sous forme d'infiltration, en particulier du côté de la capsule externe qui est peu atteinte. Il existe éga-

lement à la partie moyenne du segment externe du noyau lenticulaire une infiltration hémorragique.

Dans les coupes postérieures, l'hémorragie a disparu.

Observation III (Bosc).

X..., femme âgée de quarante-cinq ans; rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; comme antécédents personnels on note, vers dix-huit ans, des accès de paludisme peu sévères.

Le 3 janvier 1892, cette femme présente une attaque avec paralysie du côté droit. Insuffisance aortique d'origine artérielle. Dans la suite, contracture du côté hémiplégié.

Le 14 février 1894, à 6 heures du matin, la malade se lève et ne présente rien d'anormal, lorsque brusquement elle tombe, perd connaissance et présente des mouvements convulsifs du côté droit. pendant une dizaine de minutes. La résolution devient complète, sauf pour le bras et la jambe du côté droit qui demeurent contracturés; les membres gauches sont en état de paralysie flasque et les paupières sont abaissées. Déviation de la tête et des yeux à droite; pupilles punctiformes, immobiles à la lumière. Respiration très irrégulière et très pénible.

La malade demeure immobile mais bientôt on observe le retour partiel à la connaissance, car si on l'interpelle fortement, elle soulève ses paupières et montre qu'elle entend.

Vers midi, vomissements répétés se faisait sans efforts et par gorgées de liquide jaunâtre.

Température axillaire, 38° à gauche.

Le lendemain 14, même état de résolution; paupières abaissées, léger nystagmus latéral; la déviation de la tête et des yeux a disparu, mais on constate par moments un strabisme divergent assez prononcé. La malade fume la pipe des deux côtés, affaissement des deux commissures, paralysie flasque à gauche.

Dans la soirée, l'œil gauche est dévié en dehors, le droit regardant en avant ; la commissure gauche est maintenant plus abaissée que la droite. La malade a repris une conscience plus marquée; elle montre par sa physionomie et par de légers mouvements du membre inférieur droit qu'elle comprend.

La sensibilité est diminuée fortement à gauche par rapport au côté droit; quand on pique les membres droits, la physionomie de la malade exprime la souffrance et elle fléchit légèrement sa jambe droite; la piqûre du côté gauche, même forte, ne produit qu'une légère grimace. Il existe donc une hémiplégie droite avec contracture et une hémiplégie gauche flasque avec *hémihypothésie*. Un point intéressant et des plus nets, c'est l'exagération nette des réflexes des deux côtés, surtout des réflexes rotuliens. Pouls 120, température axillaire 38°,8 à droite, 38°,2 à gauche.

Le troisième jour (le 16 au matin) : depuis hier soir vers 10 heures, la malade a perdu progressivement conscience du monde extérieur. Elle est actuellement dans un *coma* complet. Paupières abaissées; œil gauche fortement dévié en dehors, mais de temps à autre l'œil revient par un mouvement très lent, dans l'axe antéro-postérieur. Pupille droite dilatée au maximum ; la gauche demeure punctiforme. Paralysie flasque totale à gauche ; la contracture a diminué à droite. Réflexes rotuliens encore exagérés des deux côtés mais un peu moins qu'hier. Pouls 150, embryocardie. Relâchement des sphincters. Le soir, température 40°,8 à gauche, 40°,6 à droite. Elle meurt à 7 heures, sans convulsions.

Autopsie. — Bras droit contracturé, fléchi dans chacun de ses segments et collé au thorax. Le crâne ouvert, la dure-mère présente son aspect normal. Les méninges molles sont vivement congestionnées ; suffusions sanguines sous-pie-mériennes dans la région sylvienne des hémisphères droit et gauche.

La pie-mère enlevée, on remarque que l'hémisphère droit s'affaisse et s'étale et qu'il existe une véritable fluctuation au niveau de la base dans la région fronto-sphénoïdale.

Si l'on sépare les deux hémisphères par la section du corps calleux, il s'écoule de l'intérieur des ventricules un sang noir comme de la pulpe de rate, très abondant. Le sang s'écoule du ventricule latéral de l'hémisphère droit ; ce dernier étant vidé, l'hémisphère s'aplatit et la substance cérébrale ramollie subit, au niveau de l'insula, une déchirure par laquelle s'échappent de gros caillots noirs.

La plus légère pression déchire la substance cérébrale, pour ainsi dire réduite en bouillie. En explorant avec attention la cavité ventriculaire vidée, on voit qu'il y a inondation complète avec prédominance de l'hémorragie dans le diverticule sphénoïdal. Ce dernier s'est vidé par la rupture produite au niveau de l'insula. Les parois ventriculaires sont ramollies et dilacérées par le sang.

Les coupes verticales, suivant le procédé de Pitres, montrent l'existence d'un vaste foyer hémorragique ayant rejeté les noyaux gris en dedans, ayant détruit la capsule externe et l'avant-mur et une partie du noyau lenticulaire et s'ouvrant à travers la couronne rayonnante dans le diverticule sphénoïdal. Les vaisseaux sont, à ce niveau, athéromateux et criblés d'anévrysmes miliaires.

L'*hémisphère gauche* présente une consistance à peu près normale. On trouve dans le ventricule latéral quelques caillots venant de l'hémisphère droit.

Les coupes de Pitres permettent de constater un petit foyer ocré (foyer hémorragique ancien) sur la surface externe (partie moyenne) du noyau lenticulaire, au niveau de la pédiculo-frontale.

Un peu plus loin, le foyer s'accentue et on a une cavité remplie d'un liquide pulpeux, ocreux, comprise dans le corps lenticulaire et venant faire saillie à sa surface externe, contre la capsule externe.

Au niveau de la coupe frontale, il existe en même temps un foyer ancien du volume d'un haricot, dans la couche optique, à sa surface externe, contre la capsule interne. — La coupe pariétale présente les mêmes lésions, mais plus étendues.

Au niveau de la pédiculo-pariétale, le foyer de la couche optique a creusé presque toute la partie ventriculaire de cette dernière; le foyer externe s'étend tout le long de la capsule externe, en dedans de l'avant-mur.

D'après l'ensemble des observations publiées, nous voyons que le *début* se marque plusieurs fois par du malaise, des sensations de vertige et de fatigue. Le malade de l'observation IV de Broadbent fait 200 mètres ne se sentant pas très solide ; celui de son observation III est dans un état d'ivresse apparente. Nous retrouvons cet état dans notre observation I : la malade marche devant elle, la physionomie inquiète et avec une sensation de malaise et de fatigue. Dans d'autres cas, après quelques troubles vertigineux, le malade tombe, sans perte de connaissance, sans paralysie, avec seulement une sensation de faiblesse ; ou bien encore il présente une chute brusque, avec phénomènes paralytiques, hémianesthésie, déviation de la tête et des yeux, sans perte de connaissance ; enfin le seul symptôme de début peut être une attaque de paralysie qui disparaît rapidement.

L'*absence de perte de connaissance*, quelle que soit la brusquerie et l'intensité des phénomènes de début est un des caractères essentiels de l'apoplexie progressive ; — c'est ce que Watson exprimait en disant que *le coma n'est jamais primitif*. Cependant notre observation III nous montre que la période de début d'une apoplexie progressive *dans son ensemble*, peut aller jusqu'à la perte complète de connaissance : la malade, en effet, tombe brusquement avec une hémiplégie gauche flasque, de la déviation de la tête et des yeux à gauche, des convulsions à droite, des pupilles ponctiformes et un état comateux. Il est vrai que ce coma primitif disparaît rapidement pour laisser ensuite la maladie évoluer comme dans les cas les plus typiques. Ce cas est à rapprocher de l'observation IV de Gull: en se promenant, la malade s'écrie tout à coup : « oh ! ma tête » laisse aller sa

main gauche, vomit et s'évanouit pour revenir à elle après un court intervalle.

La *douleur de tête* peut être un des premiers phénomènes dont se plaint le malade ; mais parfois elle n'apparaît, dans les cas dont le début se fait par une paralysie brusque qu'après cette dernière ; elle n'est même pas signalée dans plusieurs observations.

Les *vomissements* ne font pour ainsi dire jamais défaut, mais constituent ou bien un phénomène de début accompagnant le malaise primitif, ou bien ne se montrent, et cela assez souvent, qu'au bout de quelques heures et même un à deux jours, après la production des phénomènes paralytiques. Parfois peu prononcés et réduits même à de simples nausées, ils peuvent être violents, répétés, et persister jusqu'au moment où le coma terminal s'installe.

Dans les cas les plus typiques, la *paralysie* apparaît graduellement tantôt par une paresse croissante de tout un côté, tantôt par des paralysies partielles successivement surajoutées. Ainsi dans l'observation V de Broadbent, il se produit un léger engourdissement du bras droit puis une paresse de la jambe du même côté plus prononcée, enfin une hémiplégie totale. Au lieu d'une marche aussi régulièrement progressive on peut voir, trois jours par exemple après la disparition rapide d'une légère attaque de paralysie du début, se produire brusquement une hémiplégie complète. Enfin dans quelques cas (obs. Puech et obs. III personnelle) les phénomènes paralytiques peuvent atteindre leur maximum d'intensité dès le début sous forme d'une hémiplégie flasque.

La paralysie peut être précédée de *phénomènes convulsifs*. Ainsi dans notre observation I la maladie présente, après du malaise et des vomissements, des secousses convulsives dans le membre supérieur droit et l'on constate le lendemain une hémiplégie droite. Dans plusieurs autres cas, où l'on note des phénomènes convulsifs dès le début, ces derniers se produisent du côté opposé où se fera la détermination paralytique ; il en fut ainsi dans notre observation III, dans l'observation IV de Broadbent, et surtout dans l'observation V de Gull où ces convulsions persistèrent pendant plusieurs heures.

Lorsque l'hémiplégie totale s'est établie, elle ne présente

pas de rétrocession ; elle est flasque bien qu'il puisse exister dans sa période d'établissement une rigidité passagère qui paraît aller de pair avec les mouvements convulsifs signalés dans le côté opposé. Cependant dans l'observation V de Gull, la rigidité persiste jusqu'à la fin dans le côté paralysé.

Dans la plupart des observations l'*état des réflexes* n'a pas été noté ; dans les cas où on les a recherchés au moment de l'apparition des phénomènes paralytiques, on constate qu'ils sont exagérés (obs. II personnelle) ou tout au moins conservés (obs. Gull).

L'hémiplégie est le plus habituellement accompagnée d'*hémianesthésie*. Les troubles de la sensibilité suivent assez généralement la marche des phénomènes paralytiques. Dans les cas où l'hémiplégie se produit brutalement comme phénomène de début, l'hémianesthésie est également complète (obs. de Puech et obs. III). Dans les cas où la paralysie s'est établie progressivement, la marche des troubles sensitifs n'est pas toujours bien indiquée ; mais ordinairement on note une diminution de la sensibilité qui s'accroît progressivement jusqu'à l'hémianesthésie complète lorsque la paralysie est totale, sans toutefois arriver toujours à ce degré : ainsi dans l'observation V de Broadbent on ne constate qu'une hémiparesthésie avec une hémiplégie complète. Il peut se faire au contraire que les troubles sensitifs prédominent au début sur les troubles moteurs : dans l'observation IV de Broadbent, la malade après quelques minutes de malaise présenta une diminution de la sensibilité, puis une hémianesthésie complète au bout d'une heure. Dans l'observation II de Broadbent, alors que l'hémiplégie gauche est totale, on remarque que lorsque le malade sort de son assoupissement, la sensibilité qui paraissait abolie reparaît. Dans notre observation III la sensibilité abolie le premier jour, reparaît au second, pour disparaître définitivement le troisième.

La *déviation de la tête et des yeux* du côté de la lésion, est notée dans la plupart des cas ; lorsque l'hémiplégie est brusque d'emblée elle existe toujours ; elle peut apparaître dès le début coïncidant avec l'hémiparésie (obs. I de Broadbent, obs. II) ou bien elle se montre plus tardivement quand l'hémiplégie s'est établie (obs. V de Broadbent, obs. I de Mossé). Il est à remarquer que dans notre observation II en particulier, la déviation, qui coïncidait avec l'hémiparésie,

disparaît lorsque l'hémiplégie devient complète. Cette disparition paraît du reste marcher avec l'établissement du coma. Dans l'observation I, la déviation de la tête et des yeux qui s'était faite à gauche, se déplaça brusquement du côté droit peu de temps avant les convulsions terminales.

Les *pupilles* sont ordinairement égales, fortement contractées et immobiles, mais on peut observer dans la suite des variations dans leur diamètre : ainsi dans l'observation IV de Gull, les deux pupilles sont d'abord contractées, puis la pupille gauche se dilate, enfin les deux pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées, sans cause apparente.

Dans la plupart des cas, les malades présentent de l'*embarras de la parole* plus ou moins accentué, sans aphasie. Ce fait est en rapport avec le siège habituel des lésions hémorragiques à droite. Dans les deux cas où l'hémorrhagie siégeait à gauche, on note dans un cas (obs. V de Broadbent) une simple difficulté d'élocution et dans l'autre (obs. I) de l'aphasie vraie.

Broadbent signale fréquemment comme phénomène de début un état de *confusion cérébrale* qui fait ressembler ces malades à des personnes en état d'ivresse. Cet état peut manquer dans les cas où le malade est frappé brusquement par des phénomènes paralytiques ; l'intelligence peut être parfaitement conservée, mais ces malades ne tardent pas à tomber dans un état de somnolence qui s'accuse de plus en plus. Ils s'endorment d'abord facilement, la connaissance demeurant conservée lorsqu'on les éveille ; puis la confusion augmente, la somnolence faisant place au stertor. Le coma profond s'établit tantôt brusquement (obs. I de Broadbent), tantôt d'une façon très progressive. Tandis que dans la plupart des cas la progression se fait d'une façon régulière de la somnolence au coma profond, il est noté dans quelques observations des alternatives de prostration (pendant laquelle il est très difficile d'obtenir des réponses, même par des excitations fortes) et de lucidité de durée variable.

Si l'on envisage la *marche générale* des symptômes l'on voit qu'elle peut être *régulièrement progressive* et pendant une durée de plusieurs jours, jusqu'à vingt-cinq dans un cas de Broadbent (les cas I, II, III, V de Broadbent sont des types de ce genre ; de même nos cas I et II). Après quelque malaise, un sentiment de faiblesse, le malade présente de la céphalée,

des vomissements, un engourdissement d'un bras puis de la jambe, de la difficulté de la parole. A la fin de la journée ou le lendemain, une hémiplégie avec hémianesthésie s'établit ; le bredouillement devient plus accusé ; une tendance au sommeil, de la somnolence coupée de réveils lucides se montrent ; le sommeil devient de plus en plus lourd ; la confusion est plus forte au réveil ; enfin le malade tombe dans le coma et meurt, avec ou sans convulsions,

La mort est, en effet, la *terminaison* dans tous les cas que nous avons réunis. Elle survient plus ou moins tôt, après quelques heures dans les cas les plus rapides, jusqu'à vingt-cinq jours dans les cas les plus prolongés. La régularité de la progression n'est pas d'ailleurs directement en rapport avec la durée de la maladie. Nous avons vu, en effet, qu'il peut exister des périodes intercalaires de lucidité, — une sorte d'amélioration — au milieu desquelles le coma peut survenir tout à coup.

En résumé, si l'*ingravescent apoplexy* peut constituer au point de vue clinique une *forme d'apoplexie*, elle doit cette distinction au caractère progressif de l'évolution des symptômes et non aux symptômes eux-mêmes. Ces derniers se retrouvent dans le tableau de l'apoplexie cérébrale en général.

Dans l'apoplexie progressive, la production tardive du coma permet aux symptômes d'apparaître successivement et avec plus d'évidence : de telle sorte que l'on pourrait considérer la période qui s'écoule entre les premiers accidents et le coma comme une période prodromique très prolongée et progressivement aggravée de l'attaque d'apoplexie. Il est à remarquer en effet qu'à côté des attaques d'apoplexie ordinaires avec ictus instantané, il en est dans lesquelles quelques phénomènes prodromiques annoncent l'ictus.

En outre, dans notre observation III, nous voyons que le caractère indiqué comme essentiel, indispensable, pour que l'apoplexie puisse être dite « apoplexie progressive », l' « absence de coma primitif » peut ne pas exister et néanmoins le cas, de par sa marche générale, doit entrer dans cette forme — ainsi la malade après un ictus rapide reprend connaissance et à partir de ce moment la maladie évolue comme une apoplexie progressive type jusqu'au coma terminal.

Enfin, les symptômes relevés ne se reproduisent pas dans

un ordre constant, mais d'une façon très irrégulière ; *il n'y a pas de règle dans la progression.*

Dès lors, comme au point de vue des symptômes et de la marche on trouve tous les intermédiaires entre l'apoplexie progressive et l'apoplexie ordinaire nous pouvons dire que l'apoplexie progressive ne se distingue pas *essentiellement* de l'apoplexie ordinaire.

L'*étude anatomo-pathologique* va-t-elle corroborer cette conclusion ou nous conduire, comme le pense Broadbent, à admettre l'existence d'un syndrome anatomo-clinique distinct.

L'*aspect extérieur* du cerveau peut ne présenter aucune particularité ; mais en général on trouve, en dehors de suffusions sanguines sous les méninges molles, des modifications de la surface cérébrale, notamment au niveau de l'insula et du lobe frontal. Comme le dit Broadbent, l'apparence extérieure fait penser à l'existence d'une pression interne énergique produisant la distension de ces circonvolutions. Cet aspect est surtout remarquable au niveau des circonvolutions de l'insula; celles-ci sont aplanies, les sillons étant effacés de telle sorte que l'insula apparait comme une élévation ovale et unie. Les circonvolutions frontales peuvent subir la même distension qui les déplisse en forme de sac. En ces points, la substance cérébrale distendue est ramollie, se laisse très facilement déchirer, et de cette déchirure, parfois considérable, s'échappe un caillot volumineux et du sang noirâtre. Si l'on fait, avant que la déchirure ne se produise, une section sur la surface qui bombe, l'on arrive immédiatement sur le foyer hémorragique, à travers une très mince couche de substance cérébrale ramollie. Dans certains cas cependant (Obs. I et II) la déchirure peut se faire spontanément et l'on trouve à l'autopsie un caillot plus ou moins volumineux faisant hernie sous la pie-mère. Dans l'observation I, il existait à la partie antérieure du lobe frontal gauche un caillot faisant une saillie de 3 centimètres de haut sur 4 de large ; à la palpation le lobe frontal se laissait profondément déprimer et l'on voyait s'échapper au niveau de la déchirure du sang coagulé et liquide. Dans l'observation II, il existait au niveau des pieds de la troisième frontale et de la frontale ascendante, une dilacération à bords irréguliers de la substance cérébrale ; ces bords étaient distendus par un caillot noirâtre placé derrière et qui venait affleurer en bouchon à la surface.

On peut encore trouver du sang dans la scissure de Sylvius, dans l'espace interpédonculaire, mais du côté opposé à la lésion. En effet, le sang venant des ventricules latéraux, passe à travers le plancher du quatrième ventricule, dans l'espace interpédonculaire, et de là chemine sous l'arachnoïde pour gagner la scissure de Sylvius du côté opposé, l'écoulement dans la scissure du côté de la lésion étant empêché par la compression du foyer hémorragique.

Les ventricules latéraux sont tantôt à l'état de vacuité, tantôt remplis par une quantité plus ou moins grande de sang noirâtre partiellement coagulé. Broadbent fait remarquer que lorsque le sang a envahi les ventricules latéraux, la corne descendante du côté lésé est toujours vide, le sang ne pouvant y pénétrer par suite de la pression exercée sur elle par le foyer hémorragique. Dans certains cas cependant on a observé que cette corne pouvait aussi être envahie par le sang (obs. III et obs. IV de Gull).

Lorsqu'on fait sortir le sang des ventricules, la surface du cerveau s'affaisse dans les points qui faisaient saillie. Si l'on examine alors la paroi ventriculaire on constate une déchirure longitudinale plus ou moins étendue et siégeant à des niveaux variables.

A la coupe de l'hémisphère, il n'y aurait pas seulement, d'après Broadbent, une hémorragie abondante (ce qui est la règle, qu'il y ait ou non inondation ventriculaire), mais encore la localisation de celle-ci serait « dans certaines limites » constante. Le foyer siégerait sur le côté externe du corps strié extraventriculaire, entre ce ganglion et la capsule externe, dans les fibres qui séparent celle-ci de l'insula.

Le noyau ventriculaire paraît détruit au premier abord, alors qu'en réalité il n'est qu'à peine atteint. En fait, il est complètement disséqué de la capsule externe et rejeté fortement en dedans; il peut toutefois être un peu entamé par l'hémorragie dans sa partie externe (putamen).

L'étude des observations mêmes de Broadbent, montre que l'hémorragie siège, en effet, à la surface externe du corps lenticulaire. Mais elle peut intéresser la substance blanche du pied de la couronne rayonnante en s'incurvant rapidement vers la corne antérieure du ventricule, et formant un gros foyer situé immédiatement en avant du corps strié (à la partie extrême de la capsule interne), ou au loin en pleine région

frontale. L'hémorragie peut se faire ainsi complètement en avant, ne recouvrant même pas toute la surface externe du corps strié. Dans d'autres cas, l'hémorragie qui s'est faite en avant jusque dans le ventricule, dépasse un peu en arrière le noyau lenticulaire et forme ub foyer à la partie la plus postérieure de la capsule interne; ou bien encore le foyer hémorragique s'étend de la région antérieure jusque dans l'extrémité postérieure de la capsule interne comprimant la corne descendante du ventricule et rejoignant une hémorragie de la partie externe de la couche optique. Dans un cas, l'hémorragie était limitée au bord tout à fait postérieur de la face externe du noyau lenticulaire et avait envahi, à travers la capsule interne, la corne occipitale du ventricule.

Dans nos cas, nous voyons (obs. I) l'hémorragie former un foyer énorme situé entre l'insula et le noyau lenticulaire en partie détruit, ne dépassant pas ce dernier en arrière, mais coupant en avant la partie extrême de la capsule interne et venant former un foyer volumineux dans la substance blanche antérieure. Dans le cas III, l'hémorragie s'est faite également entre l'insula et le corps strié ; mais au lieu de se propager en avant, elle se continue en arrière du corps strié, coupe la capsule interne (partie postérieure) et fait par là irruption dans les cornes descendante et occipitale du ventricule. L'observation II est particulièrement intéressante au point de vue de la topographie de l'hémorragie : le foyer principal siège en avant du corps strié dans la substance blanche, et il envoie deux prolongements, l'un en avant jusqu'au niveau de la corne antérieure du ventricule qu'il effleure sans l'ouvrir, l'autre en arrière entre l'insula et le corps strié. Toutefois cette dernière partie de l'hémorragie, au lieu de se faire directement à la surface externe du corps lenticulaire, se fait en dehors, dans l'avant-mur et la substance blanche qui l'avoisine ; elle n'atteint la substance même du noyau lenticulaire que tout à fait à la partie postérieure de ce dernier, il n'y a même là qu'une simple infiltration plutôt qu'une hémorragie. Dans ce cas, le foyer primitif siège évidemment dans le pied de la couronne rayonnante.

D'après Broadbent, l'*abondance* de l'hémorragie s'expliquerait par la dimension du ou des vaisseaux rompus, et par la résistance légère opposée en ce point par la substance cérébrale à l'hémorragie.

Quant à l'absence de coma primitif et à la *marche progressive* de l'apoplexie, on devrait les expliquer par ce fait que jusqu'au moment où la quantité de sang devient très considérable, il n'y a en réalité ni *rupture de fibres ou déchirure de la substance grise, ni compression violente de la substance cérébrale*, phénomènes par lesquels on explique ordinairement la production de l'ictus. L'explication de cette particularité serait donnée par la constitution même de la capsule externe : les fibres de cette dernière ne se dirigent pas perpendiculairement du noyau extraventriculaire vers les circonvolutions de l'insula ; mais, venant de la partie inférieure des ganglions, au lieu de continuer leur marche vers la scissure de Sylvius, elles suivent une direction parallèle à la face externe du corps strié extraventriculaire et vont croiser les fibres qui émergent de la capsule interne. L'hémorragie se faisant ordinairement au niveau de l'artère de Charcot, c'est-à-dire à la face externe du noyau lenticulaire, les fibres de la capsule externe se séparent très facilement, sans résistance, du noyau lenticulaire et offrent, par suite, un chemin facile à l'hémorragie. La pression exercée sur la substance cérébrale par le sang extravasé est empêchée par la proximité de la scissure de Sylvius et de la corne descendante du ventricule latéral. Le coma donc ne deviendra profond que lorsque la compression sera portée à son maximum par l'épanchement.

Ainsi, progression de l'hémorragie dans un espace facile à cliver, et au voisinage de cavités empêchant une distension brusque de la substance cérébrale, telles sont les deux raisons essentielles du caractère progressif. L'hémorragie se faisant en avant rencontre, il est vrai, les fibres de la couronne rayonnante ; mais ces fibres, entrelacées en apparence, offriraient, pour Broadbent, moins de résistance qu'un plan continu de fibres serrées et laisseraient l'hémorragie cheminer jusqu'au ventricule.

L'étude des observations nous amène-t-elle à accepter les conclusions de Broadbent ?

Y a-t-il tout d'abord un rapport constant entre l'apoplexie progressive et la localisation étroite indiquée par cet auteur ?

Dans un certain nombre d'observations, l'hémorragie est tellement volumineuse que toute la substance qui sépare le

noyau lenticulaire de l'insula et une grande quantité de substance blanche en avant et en arrière, sont entièrement détruites. Dans d'autres cas, l'hémorragie ne se fait que partiellement au niveau de la surface externe du noyau ventriculaire, et le foyer le plus volumineux se trouve dans la substance blanche, à la partie antérieure ou postérieure. Dans l'observation V de Broadbent, l'hémorragie affleure à peine le noyau lenticulaire et se fait, on peut dire tout entière, entre ce noyau et la corne occipitale du ventricule ; c'est sans doute pour ce motif que Broadbent ajoutait comme correctif à sa formule que « la localisation est, dans certaines limites, constante ». Dans notre cas II, nous avons vu que l'hémorragie ne se faisait pas à la surface externe du noyau extraventriculaire, mais bien dans la couronne rayonnante et qu'elle envoyait simplement un prolongement en arrière dans l'avant-mur, laissant toute la capsule externe en contact avec le noyau lenticulaire.

En somme, dans l'apoplexie progressive, l'hémorragie peut se faire dans cette région étendue que Gendrin, Charcot, Bouchard ont montré être le territoire préféré de l'hémorragie cérébrale. Elle se fait sur le parcours de vaisseaux volumineux, en particulier l'artère de l'hémorragie de Charcot, qui longent la face externe du corps strié et la dépassent en avant et en arrière. L'hémorragie pourra se faire en un point quelconque de ce trajet, soit le long du corps strié, soit au niveau des houppes terminales en pleine substance blanche et au voisinage d'une des cornes ventriculaires. Comme nous trouvons ces divers sièges de l'hémorragie dans nos cas d'apoplexie progressive, nous pouvons dire que dans cette forme d'apoplexie, l'hémorragie n'a point originellement de siège qui lui soit spécial.

Il nous paraît donc difficile d'invoquer une localisation étroite de l'hémorragie dans cette région comme cause de la marche progressive des symptômes. Cette conclusion est bien en rapport avec ce que nous avait laissé penser certains faits cliniques qui nous montraient des intermédiaires entre l'apoplexie progressive et la forme ordinaire de l'apoplexie. D'ailleurs, une observation de William Gull vient nous montrer qu'il n'est même pas nécessaire que l'hémorragie se fasse dans la région habituelle de l'hémorragie cérébrale. Chez son malade, en effet, qui présentait la symptomatologie

typique de l'apoplexie progressive, l'hémorragie siégeait au niveau de la protubérance.

Voici le cas de William Gull. *Cases of the cerebral vessels.* (Guy's Hospital Reports). *Cas.* II. *Aneurism in the substance of the pons variolii ; ingravescent apoplexy.*

W..., quarante-trois ans, femme de cabaretier se plaignait depuis une quinzaine de jours de dyspepsie et de douleurs de tête. Le 26 février 1858, à 7 heures du matin, servant ses clients, elle s'écria brusquement : « Oh ! ma tête, je vais mourir ! » et elle tomba. Après sa chute, elle ne put plus parler, mais elle demeura partiellement consciente pendant deux heures, ouvrant sa bouche quand on le lui demandait, mouvant son bras et sa jambe gauches. A 9 heures, elle entra dans le coma, les pupilles contractées et immobiles, la respiration stertoreuse, faisant des efforts pour vomir qui aboutissaient au rejet d'un peu de mucus. La mort survint trois heures et demie après la chute.

A l'autopsie, on trouva dans le tiers inférieur du pont de Varole sur la ligne médiane, un caillot récent du poids de deux drachmes. Après avoir enlevé ce caillot, on aperçut un anévrysme pyriforme qui faisait saillie du toit de la cavité produite par l'irruption du sang. Rien de particulier dans le reste du cerveau.

Le caractère progressif de l'apoplexie ne parait donc pas en rapport avec la localisation, dans un point précis, de la substance cérébrale. La cause de la progression est-elle en rapport avec la disposition structurale de la région dans laquelle s'est produite l'hémorragie ?

Nous avons vu que Broadbent explique la progression par la disposition particulière des fibres permettant un clivage facile, et par le voisinage des ventricules et de la scissure de Sylvius, empêchant la compression du cerveau. Mais étant donné le point de départ variable de l'hémorragie dans l'apoplexie progressive, toutes les hémorragies se faisant dans le territoire de l'artère de Charcot, devraient posséder une symptomatologie également progressive !

Peut-être faut-il tenir un certain compte du processus anatomique qui se passe au niveau des anévrismes artériels eux-mêmes et qui permettrait, dans certains cas, une sorte d'usure progressive du sac sans rupture brusque. Au début, une lente extravasation de sang pourrait se faire entre les fibres de la substance cérébrale, au lieu d'une issue brusque capable de provoquer l'ictus. D'ailleurs un fait rapporté par M. Mossé

nous autorise à douter de l'existence d'un rapport entre la progression et la structure même de la région envahie. Chez un malade qui avait présenté le tableau de l'apoplexie progressive, on ne constata à l'autopsie aucune lésion hémorragique, mais seulement un peu d'œdème cérébral avec épanchement de sérosité dans le ventricule. Peut-être est-on autorisé, dans des cas de cet ordre, à attribuer le syndrome de l'apoplexie progressive à des troubles cérébraux liés à l'*urémie* ou à quelque autre auto-intoxication.

En conclusion, l'apoplexie progressive au point de vue clinique peut être considérée comme une forme d'apoplexie, mais qui n'est pas tellement distincte des autres formes qu'on ne puisse trouver des intermédiaires qui les rattachent. D'autre part, l'étude des lésions nous montre que l'hémorragie ne trouve pas strictement son origine au niveau de la face externe du noyau lenticulaire, mais peut se produire dans un point variable d'une zone plus large, constituant la région de l'hémorragie de Charcot, et quelquefois même en des points extrahémisphériques comme le pont de Varole.

Il nous parait donc difficile d'admettre que l'apoplexie progressive corresponde, comme tendrait à le laisser penser Broadbent, à un syndrome anatomo-clinique précis. Toute sa caractéristique tient dans la formation progressive de l'hémorragie.

L'explication de la progression de cette hémorragie est malaisée. Peut-être faut-il l'attribuer à l'absence de rupture brutale du sac anévrysmatique et à son ouverture par usure avec passage lent du sang dans la substance cérébrale au voisinage d'un point compressible, comme un ventricule ou l'insula.

ÉPILEPTIQUE BRULÉE VIVE. — Mme Catherine Cariton, âgée de soixante-quatorze ans, demeurant à Saint-Just, a été brûlée vive, la nuit dernière, à la suite d'une imprudence ou d'un accident. Elle était descendue de sa chambre, portant une bougie à la main; comme elle était sujette à des *attaques d'épilepsie*, on suppose qu'elle est tombée et que le feu s'est communiqué à ses vêtements. On s'est empressé de lui porter secours; mais il était trop tard. La malheureuse est morte dans d'atroces souffrances. (*Le Journal*, 18 juin 1899.) — D'où la nécessité d'une surveillance constante et partant de l'hospitalisation.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Sur les causes de la cyclopie; par le professeur Francesco Legge. (*Bull. delle scienze mediche*, n° 10, 1898.)

Recherches anatomiques portant principalement sur deux cas de cyclopie chez l'agneau, et conduisant aux conclusions suivantes :

I. Les causes de la cyclopie dépendent d'une soudure précoce des deux parties latérales du tube cérébro-médullaire qui se rejoignent à la partie dorsale pour constituer la vésicule cérébrale antérieure et, de l'époque plus ou moins précoce de cette soudure, dépendent les divers degrés de cyclopie.

II. L'auteur n'admet pas que cette soudure puisse résulter d'une pression exercée par le capuchon céphalique de l'amnios sur l'extrémité céphalique de l'embryon, mais il croit que l'étroitesse du capuchon céphalique, observée et décrite par Dareste dans les cas de cyclopie, dépend des mêmes causes qui ont produit la cyclopie et de l'arrêt de développement de la vésicule cérébrale antérieure.

III. Ces causes auraient leur source dans l'atrophie des rameaux artériels qui portent le sang dans l'extrémité céphalique de l'embryon, d'autant plus que l'atrophie de la vésicule cérébrale antérieure est toujours accompagnée de l'atrophie plus ou moins profonde des arcs branchiaux et des autres organes de la face et parties du crâne.

IV. Les diverses positions que peut présenter la trompe dans la cyclopie, relativement au bulbe oculaire, dépendent des nouveaux rapports qu'affecte la vésicule oculaire primitive déplacée, depuis le front jusqu'à l'ébauche nasale primitive, dans les divers cas de cyclopie. R. Charon.

II. Recherches sur les lésions des centres nerveux consécutives à l'hyperthermie expérimentale et à la fièvre; par M. le Dr Marinesco.

On ne peut pas appliquer sans réserves les données de l'expérimentation constatées chez le lapin, à la pathogénie humaine. L'hyperthermie chez l'homme est très souvent, sinon toujours, in-

fectieuse ou toxique et en cas de constatation des lésions dans les centres nerveux, il faut savoir distinguer ce qui revient à l'hyperthermie de ce qui revient à l'infection; attribuer en bloc à l'hyperthermie seule toutes les lésions trouvées chez un individu mort par suite d'hyperthermie, serait une erreur. Il est fort probable, d'autre part, que la cohésion des granulations élémentaires qui constituent les éléments chromatophiles est plus grande chez l'homme que chez le lapin. En outre l'âge de l'individu peut jouer un certain rôle dans les altérations qui accompagnent les maladies fébriles. L'étude attentive des lésions produites par la fièvre chez l'homme permet à l'auteur d'émettre les conclusions suivantes :

1° La température inférieure à 40°, même quand elle se prolonge pendant plusieurs jours, ne semble pas être suffisante pour produire des lésions semblables à celles que détermine l'hyperthermie expérimentale ;

2° Dans des cas infectieux fébriles, où la température a dépassé 40°, il peut se rencontrer des lésions, lesquelles n'appartiennent pas toujours à l'hyperthermie, parce que leur aspect diffère de celui produit par l'élévation thermique ;

3° C'est surtout dans les cas où la température a atteint 41°, et s'est maintenue à cette élévation pendant quelques heures, que des lésions analogues à celles de l'hyperthermie expérimentale se rencontrent. Elles ressemblent à celles qu'on réalise en faisant varier la température de l'animal entre 43° et 45° : le corps cellulaire est tuméfié, ses éléments chromatophiles ne présentent plus leur aspect normal; à la périphérie, ils font habituellement défaut, alors qu'à la partie centrale ils sont mal individualisés, réduits à des granulations difficiles à définir. La cellule a perdu son aspect stricochrome et prend une teinte plus ou moins foncée, opaque : elle est plus pâle à sa périphérie. (*Revue neurologique*, janvier 1899.) E. B.

III. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des aliénés; par les Drs Doutrebente et Gombault.

Le hasard des rencontres d'autopsie a permis aux auteurs de trouver à peu de temps d'intervalle, deux malformations semblables sons forme de diverticules intestinaux, peut-être à des étapes différentes de leur développement. Leur structure, qui ne révèle pas d'élément inflammatoire, leur histologie macroscopique, qui témoigne de l'existence dans leurs parois des trois tuniques, persistantes (obs. II) ou atrophiées (obs. I) et paraissant accompagnées de leurs éléments glandulaires et vasculaires ; l'absence de perturbation organique signalant leur évolution, leur innocuité, tout concourt à leur attribuer une origine congénitale qui semble confirmer le développement embryogénique de l'intestin.

Les difformités ou malformations viscérales doivent-elles être considérées comme des stigmates internes de dégénérescence au même titre que celles relevées sur la face, les membres, etc. ?

Peut-être les malformations internes ne sont-elles plus rares que parce que les observateurs ont négligé de les rechercher. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899 [1].) E. B.

IV. Les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques; par A. van Gehuchten. (*Presse médicale*, 4 janvier 1899.)

L'auteur répond aux critiques formulées contre lui par M. Marinesco, dans de récents travaux. S'appuyant sur ses expériences et ses travaux personnels, il s'attache à démontrer que son contradicteur soutient des opinions en désaccord avec des faits d'observations indiscutables. C'est ainsi que M. Van Gehuchten soutient que la section d'un nerf moteur spinal, chez le lapin, n'est pas suivie inévitablement de chromatolyse dans les cellules d'origine des fibres sectionnées, contrairement à ce qui se passe pour tout nerf moteur cranien dont la section entraine toujours une réaction cellulaire précoce. M. Marinesco nie l'exactitude de cette proposition qui est cependant d'accord avec certaines de ses propres expériences. D'après M. Van Gehuchten, il n'est pas prouvé, ainsi que l'affirme M. Marinesco que la réparation des cellules nerveuses, altérées par suite de la section du nerf correspondant, marche plus vite quand les deux bouts du nerf parviennent à se mettre en contact. L'auteur est même porté à penser, mais il ne saurait actuellement le prouver par des faits, que la soudure des deux bouts est sans effet sur les phénomènes de réparation cellulaire. Mais cette soudure lui paraît avoir une influence sur le sort ultérieur des cellules du nerf lésé. Dans le cas où elle a lieu, les cellules reviennent à l'état normal; dans le cas contraire, après ce retour à l'état normal, elles s'atrophient et disparaissent.

M. Van Gehuchten admet qu'à la suite de la section d'un nerf moteur cranien, les cellules d'origine des fibres lésées parcourent d'abord une phase de dissolution des éléments chromatophiles, bientôt suivie d'une phase de réparation des mêmes éléments. Selon M. Marinesco, cette seconde phase n'est pas fatale. Cette

[1] Nous avons l'habitude, et nous ne sommes pas le seul, de faire *aussi complètement que possible* l'autopsie de nos malades. C'est pourquoi il nous a été donné d'observer un certain nombre de *malformations* des *organes internes*, dont quelques-unes ont été consignées déjà dans la collection des *Comptes rendus* de notre service de Bicêtre de 1880 à 1898. Malheureusement cette collection qui a coûté, à nous et à nos internes, beaucoup sous tous les rapports, semble moins connue de nos confrères français que des médecins étrangers. (B.).

divergence d'opinion provient sans doute de ce que M. Marinesco a étudié les lésions cellulaires après l'arrachement et non après la section des nerfs ; or, il est établi que ces procédés d'expérimentation entraînent des résultats dissemblables.

Ces auteurs sont encore en désaccord sur le point de savoir à quel moment après la section de l'hypoglosse, l'hypertrophie des cellules d'origine de ce nerf atteint son maximum. Selon M. Marinesco, ce maximum s'observe du 90e au 100e jour; M. Van Gehuchten rapporte des faits établissant nettement qu'il s'observe du 15e au 20e jour. A la suite de la section du nerf vague dans la région cervicale, les cellules du ganglion noueux de ce nerf, après la phase de chromatolyse, ne présentent pas, d'après M. Van Gehuchten, la phase de réparation, mais s'atrophient et disparaissent. M. Marinesco a contesté ce fait dont M. Van Gehuchten maintient l'exactitude, attestée d'ailleurs par les figures qui accompagnent son travail. De même, la dégénérescence et la disparition des cellules du noyau dorsal du nerf vague dans le bulbe, après la section de ce nerf à la région cervicale, est admise par M. Van Gehuchten et niée par M. Marinesco. Ils ne sont encore pas d'accord sur la nature motrice ou sensitive de ce noyau dorsal du vague. M. Marinesco tend actuellement à le regarder comme sensitif, tandis que M. Van Gehuchten, d'après de récentes recherches, considère comme démontrée sa nature motrice. A. Fenayrou.

V. **Le système osseux chez les aliénés** ; par J.-F. Briscoe (Alton Hans). (*British med. Journal*, 3 décembre 1898.)

L'auteur étudie successivement les fractures chez les aliénés : fractures spontanées et accidentelles, l'ostéoporose, l'état des os du crâne dans la paralysie générale, les hyperostoses, le ramollissement et les abcès chroniques des os, etc. Plusieurs illustrations sont jointes à ce travail. A. M.

VI. **Anatomie pathologique d'un cas de myélite syphilitique** ; par Williamson (de Manchester). (*British med. Journal*, décembre 1898.)

Les lésions pathologiques peuvent se résumer comme suit : endartérite et dégénérescence hyaline des vaisseaux spinaux et méningés ; inflammation légère des méninges, infiltration gommeuse des colonnes antéro-latérales droites de la région dorsale supérieure, sclérose périphérique généralisée à la région dorsale dans les colonnes latérales surtout, plaques de sclérose irrégulières, plaque gommeuse de la région dorsale inférieure et sclérose descendante lombaire, sclérose ascendante cervicale dans les colonnes médianes et postérieures. A. Marie.

VII. Nouvelles études sur la physio-pathologie du cervelet; par GATTA. (*Nuova Rivista clinico : therapeutica*, n° 2, 1899).

L'auteur trace tout d'abord avec concision et méthode l'historique de cette question toujours discutée et qui a donné lieu à tant de travaux, soulevé tant de discussions, et conduit aux conclusions les plus divergentes en passant par deux grandes périodes : la première commencée par Rolando et qui a été illustrée par Flourens ; la deuxième commencée par Luciani et qui reste encore ouverte à l'heure actuelle.

Il n'est plus guère aujourd'hui question de mettre en discussion ce fait que les lésions du cervelet produisent des troubles plus ou moins accentués de l'équilibre, mais ce qui reste encore indéterminé, au milieu des expériences contradictoires, c'est le mécanisme physiologique qui produit ces troubles. Le cervelet est-il, pour ne parler que d'opinions récentes et solidement édifiées sur l'expérimentation, « un organe homogène, de renforcement, exerçant sur le système nerveux une influence neuro-musculaire sténique, tonique et statique » (Luciani), ou bien « un centre d'une réaction spéciale qui s'applique au maintien de l'équilibre c'est-à-dire un centre réflexe de l'équilibre » (Thomas). Pour contribuer à éclaircir ce point, l'auteur s'est proposé d'étudier seulement, chez des chiens soumis à la destruction du lobe médian, d'une moitié latérale et à la destruction complète du cervelet : 1° les tracés de la marche ; 2° les tracés des contractions musculaires. L'étude de ces tracés, à l'aide d'un myographe spécial, et d'empreintes colorées a conduit l'auteur aux conclusions suivantes : *a*) Le cervelet est un organe unique, homogène et non un groupe d'organes ; *b*) on ne saurait dire avec précision si n'est un organe terminal ou un organe intermédiaire, parce que sa destruction totale entraîne des phénomènes qui s'expliquent également dans l'un et dans l'autre cas ; *c*) dans la plupart des cas l'action du cervelet se concrète dans une réaction mise en jeu par des excitations périphériques et des impressions centrales et s'exerçant sur les muscles et appareils d'où dépendent les différentes attitudes et les différents mouvements du corps. R. CHARON.

VIII. De la porencéphalie ; par A. RICHTER (*Centralblatt f Nervenheilkunde*, XXI, N. F. IX. 1898).

Il est des cas dans lesquels (*porencéphalie avec idiotie*) le défaut de longueur du diamètre antéropostérieur du crâne fait basculer les rochers de telle sorte que la tente du cervelet, qui s'y insère, avec le segment postérieur de la faux du cerveau, se porte en bas et en avant. Le corps calleux, et principalement sa partie postérieure, entre, en s'accroissant, dans la faux, où il se comprime. Le

corps calleux est ainsi tué dans les hémisphères ; il dégénère en tissu conjonctif qui prolifère. On comprend la portée du phénomène, étant donné le rôle du corps calleux, fœtal et infantile, du cinquième mois de la vie intra-utérine jusqu'à la cessation du développement de l'encéphale. C'est ce qui explique pourquoi 31 p. 100 des porencéphalies sont bilatérales et aussi symétriques (Siegmund, 1893. Andry, 1888.)

Des deux nouvelles observations qu'il donne l'auteur tire ce qui suit : — 1° Du corps calleux comprimé, ou, du moins, dans la direction de ce qui eût dû être le corps calleux, partent des tractus de tissu conjonctif, qui pénètrent dans les circonvolutions symétriquement unies par cet organe ; — 2° Ces trousseaux de tissu conjonctif vont dans les voûtes des circonvolutions former des fourches séparées qui les dissocient. C'est comme cela que se forment les trous de dehors en dedans ; — 3° Les tractus de tissu conjonctif sont déjà disjoints dans leur trajet et forment ainsi des cavités porencéphaliques ; — 4° Partout l'on suit les membranes des trous, à l'état de travées de tissu conjonctif jusqu'au corps calleux ; — 5° Ces tractus sont du tissu conjonctif encore inachevé, qui a déjà proliféré ; — 6° Les tractus ne vont pas dans la capsule interne ; — 7° Les trous pénètrent fréquemment dans les ventricules latéraux parceque le corps calleux vers lequel se dirige la membrane du trou est le couvercle du ventricule latéral ; — 8° Le mécanisme de la formation de lacunes porencéphaliques tient : *a*) à l'accroissement ultérieur du cerveau alors que le tissu du corps calleux subit la dégénérescence conjonctive ou la prolifération conjonctive, *b*) à l'hydropisie qui survient aisément par trouble de la circulation de la veine de Galien qui se jette dans le sinus droit sous le corps calleux qui la comprime ; car tous les cerveaux d'idiots à corps calleux mince ne deviennent pas porencéphaliques ; — 9° Si les lacunes porencéphaliques sont rares dans le cerveau frontal, cela tient à ce que le genou du corps calleux n'est pas comprimé par la faux du cerveau.

Les porencéphalies dont nous venons de parler sont donc d'origine centrale, c'est-à-dire qu'elles sont produites par la pression de la faux du cerveau contre le corps calleux. C'est ce que prouvent : — 1° La symétrie rigoureuse d'un grand nombre des trous bilatéraux dont la genèse s'explique naturellement par le mécanisme que nous venons de décrire ; — 2° l'irradiation des tractus conjonctifs, provenant du corps calleux, dans les circonvolutions autrement intactes, qui exclut toute explication périphréique ; — 3° l'atrophie si complète du corps calleux, constituée par quelques tractus de tissu conjonctif, qui ne peut être produite que par la pression totale exercée sur la partie postérieure du corps calleux.

P. Keraval.

IX. **De la nature et de la genèse de l'hystérie** ; par P. Sollier. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Lettres de l'auteur à Erlenmeyer; corrigées et traduites par ce clinicien, sur son livre publié par Alcan. P. K.

X. **Contribution à la physiologie et à la physiologie pathologique du labyrinthe chez l'homme** ; par M. Egger (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899).

Nous ne percevons un mouvement circulaire auquel nous sommes soumis que s'il est accéléré en plus ou en moins ; tout mouvement uniforme nous paraît être le repos. Nous perdons même rapidement la sensation de ce mouvement circulaire accéléré, tandis que la sensation de la position du corps par rapport à la verticale persiste. C'est que, dit Mach, les canaux semi-circulaires servent à la sensation de la rotation de translation tandis que l'utricule est l'organe de perception de la position du corps par rapport à la verticale. Breuer ajoute : L'accélération progressive du mouvement rotatoire n'exerce ancune influence sur le liquide inclus dans les canaux semi-circulaires, la perception du mouvement en question n'est donc pas transmise par le labyrinthe, elle a lieu par le déplacement des otolithes sur les cils des cellules. Quand on imprime à l'individu un mouvement accéléré en avant, les otolithes sont déplacés en arrière ; le même phénomène a lieu par la rotation dans le plan des canaux semi-circulaires antéropostérieurs. Un mouvement passif accéléré en avant n'excite que les otolithes ou organes de l'équilibre, en déplaçant en arrière l'otolithe sur les cils des cellules. Les mouvements accélérés circulaires, eux, produisent un mouvement des otolithes et en même temps un déplacement des canaux semi-circulaires : c'est l'association des deux excitations qui forme l'image sensorielle du mouvement rotatoire, tandis que l'excitation de l'utricule seule est ressentie comme mouvement de progression et donne la notion de la position du corps. Voici les confirmations cliniques.

Observation I. — H..., de quarante-trois ans, totalement sourd, depuis peu ; perception par le crâne à peu près nulle. Carie syphilitique bilatérale de l'oreille interne. Dans l'oreille moyenne, rien, sauf une légère sclérose des deux tympans. Réflexes patellaires, achilléens et cubital, normaux. Aucune anomalie de la sensibilité cutanée ou motrice, titubation très forte du patient dans la situation verticale. Signe de Romberg. Impossibilité de se tenir sur une jambe même les yeux ouverts. Démarche extrêmement incertaine et vacillante, malgré les efforts d'arriver au but à grands pas et rapidement ; il tombe quand on lui ferme les yeux. Debout ou en

marche, s'il penche rapidement la tête en avant, en arrière, à gauche ou à droite, il tombe du côté où il a fait ce mouvement; si ces inclinaisons céphaliques sont exécutées lentement, le patient parvient à se préserver d'une chute. Le saut de la faible hauteur de 40 centimètres à peine lui fait plier les deux jambes. Incapable de sauter en avant et en hauteur de 10 centimètres. Émaciation, disparition de la force musculaire. Conservation des sensations des mouvements totaux passifs accompagnés de nystagmus rotatoire. Fait-on tourner ce malheureux sur une plaque à mouvement centrifuge dans toutes les directions du plan des canaux semi-circulaires, il indique très bien la direction du mouvement, il la sent même plus que normalement. A l'arrêt, se produit le vertige de rotation ordinaire, c'est-à-dire la sensation opposée au mouvement de rotation du début. Conservation des mouvements des yeux compensateurs. Diagnostic. Lésion de l'organe de station; conservation des canaux semi-circulaires percepteurs des mouvements.

Observation II. — Femme atteinte de tabes bulbaire; lésion des 3e, 5e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e paires. En ce qui concerne l'oculomoteur commun, le droit interne de l'œil gauche est seul paralysé. Sensation auditive abolie des deux côtés, qu'il s'agisse de la transmission par l'air ou par les os. Conservation des réflexes patellaires, achilléens, du coude; à droite absence du réflexe radial. Pas de signe de Romberg; elle se tient même sur une jambe sans grandes oscillations. Démarche normale, non ataxique, non titubante, sûre, même les yeux fermés. Pendant la marche en avant, l'inclinaison de la tête de gauche à droite fait perdre l'équilibre, la malade tombe alors du côté droit. Saut en avant et en hauteur très restreint. Diminution de la force par atrophie musculaire. Sur la plaque centrifuge, la malade ne sent, les yeux fermés, aucune rotation, elle croit être en repos. Pas de nystagmus de rotation, quelle que soit la position de la tête. Pas de vertiges de rotation. Quand elle voit l'appareil tourner, elle est prise de vertiges. Diagnostic. Les canaux semi-circulaires chargés de percevoir les mouvements passifs totaux et incitateurs des mouvements des yeux compensateurs sont détruits; l'organe de la statique est conservé, c'est pourquoi la fonction de la station et de la locomotion est indemne.

Observation III. — Femme atteinte d'une tumeur bulboprotubérantielle; lésion unilatérale du nerf vestibulaire gauche, de la 8e paire, du glossopharyngien, du pneumogastrique et de l'accessoire du même côté. Anesthésie totale de la moitié gauche de la tête et de la face et, en outre, anesthésie dans la région de l'ophthalmique, de l'étage supérieur du nerf maxillaire supérieur. Diminution de l'ouïe à gauche; acuité auditive normale à droite. Aucun signe positif relativement à l'oreille moyenne droite ou gauche. Diminu-

tion de la sensibilité de contact et des deux tympans. Diminution de la force musculaire du côté gauche du corps. Tous les réflexes sont exagérés. Signe de Romberg extrêmement marqué; elle tombe. Impossibilité de se tenir sur une seule jambe à droite ou à gauche. Dans la marche en avant, titubation toujours vers la gauche; l'occlusion des yeux détermine un mouvement de manège à gauche. Toute modification de la situation du corps détermine un fort vertige; il est impossible d'étudier avec précision les mouvements oculaires compensateurs à cause de l'anesthésie des deux globes oculaires. Sur la plaque centrifuge, les rotations à droite sont aussitôt perçues, les rotations à gauche paraissent tantôt être perçues comme repos, tantôt être perçues comme un mouvement dont il est impossible à la malade de préciser la direction. Le vertige auriculaire galvanique n'est produit que par l'oreille droite. Preyer a dit que le système des canaux semi-circulaires occupant les trois dimensions de l'espace sert à percevoir la direction du son. C'est une bonne occasion de contrôler cette assertion chez cette malade qui, n'ayant qu'une faible diminution de l'acuité auditive à gauche, ne sent pas les mouvements de rotation pour les rotations de droite à gauche. On l'assied, les yeux fermés, le visage à la périphérie de l'appareil centrifuge. L'observateur, en dehors de l'appareil, fait tourner celui-ci, c'est-à-dire la malade, lentement de droite à gauche; en même temps, il fait entendre à un mètre de distance, un coup de sifflet aigu. Pour l'oreille gauche, elle donne des indications fausses; pour l'oreille droite elle donne des indications exactes. P. KERAVAL.

XI. Des altérations de la moelle consécutives à la forcipressure de l'aorte abdominale chez le chien; par M. ROTHMANN (*Neurolog. Centralblatt.* XVIII, 1899).

Le pincement de l'aorte au-dessus de l'artère mésentérique supérieure pendant une heure détermine une paralysie des extrémités postérieures et l'animal meurt quelques heures plus tard de lésions intestinales graves (exp. I et II). La même opération effectuée immédiatement au-dessus de l'artère rénale droite (exp. III à V) produit des troubles graves de la motilité et de la sensibilité dans les membres postérieurs, mais point de paralysie complète. L'anémie de la moelle lombaire et sacrée est manifestement plus grande que lorsqu'on pince l'aorte au-dessous des artères rénales. Toutefois il se produit une circulation collatérale par les artères spinales situées plus haut; c'est pourquoi les troubles moteurs sont bien plus marqués après un pincement d'une heure qu'après un pincement d'une heure un quart ou d'une heure et demie, et ont disparu le lendemain de l'opération. Les chiens opérés sous l'éther associé à la morphine ne remuent pas du tout les pattes

de derrière, alors qu'au bout d'une heure et demie de forcipressure ils font des mouvements déjà accusés dès la première heure : cela tient à ce que la circulation collatérale de plus en plus complète rétablit rapidement la fonction des cellules nerveuses endommagées par l'anémie. Mieux s'établit cette circulation collatérale, plus faible est la différence entre l'anémie initiale de la moelle et l'irrigation consécutive à la disparition de l'obstacle ; sinon, l'augmentation en ce moment de la pression sanguine viendrait encore nuire aux cellules déjà affaiblies ; c'est aussi pourquoi les chiens survivent, en l'espèce, 14 jours et davantage à la forcipressure. Il ne se produit d'altérations rénales qu'après une forcipressure d'une heure et demie ; elles sont les mêmes que celles qui se produisent après une forcipressure de l'artère rénale même (Litten). Dans les huit premiers jours qui suivent l'intervention, les troubles moteurs et sensitifs sont revenus à la normale. Le pincement de l'aorte au-dessous de l'artère mésentérique supérieure donne les mêmes résultats (exp. VI et VII) que le pincement au-dessus des artères rénales, mais l'intestin est plus atteint, et, par suite, l'issue mortelle plus rapide. Des expériences complémentaires (exp. VIII et IX) établissent l'importance de la narcose ; les chiens endormis restant bien tranquilles pendant l'opération, n'imposent aucune fatigue à leurs cellules nerveuses anémiées par la forcipressure.

Anatomie pathologique. — Les altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle sacrée et lombaire sont très considérables chez les animaux qui ont succombé dans les six heures consécutives à l'opération (exp. I) ; on constate : un aspect indécis des granulations de Nissl, la substance chromatophile périnucléaire étant plus colorée que celle de la périphérie plus ramollie et parsemée de taches incolores appartenant à la substance fibrillaire fondamentale — des tendances à la vacuolisation — des modifications de formes du noyau repoussé à la périphérie ou isolé au milieu d'une anse échancrée de la cellule malade. Dix à douze heures après l'opération (exp. II et VI) les granulations de Nissl ont disparu, le protoplasma d'un bleu diffus laisse voir un fin réseau bleu sombre ; le noyau bleu pâle occupe le milieu de l'élément anatomique ou est rejeté au dehors, les parties périphériques sont claires ou bien elles sont transformées en compartiments comparables aux rayons d'une ruche dont les cloisons bleu foncé limitent des chambres décoloréss, et au milieu est un petit noyau à bords irréguliers à protoplasma foncé. En ce dernier cas, il y a peu de prolongements protoplasmiques et l'élément anatomique est recoquillé. A côté de cela, certaines cellules sont réduites à des ombres au milieu desquelles le noyau disparait presque à l'état de silhouette dans laquelle un point obscur représente le nucléole.

Dès les vingt-huit heures qui suivent la forcipressure on voit déjà des signes de réparation (exp. VIII), ils s'accompagnent chez

les animaux examinés dans les quatre à cinq jours consécutifs de vascularisation exagérée. Au fur et à mesure qu'on monte de la moelle sacrée à la moelle lombaire inférieure et de celle-ci plus haut, l'hypervascularisation et l'altération des cellules décroissent d'intensité. Nulle part il n'y a de dégénérescences secondaires. Chez les chiens qui ont survécu le plus longtemps, quatorze et seize jours (exp. V et VI) les cellules sont en nombre normal, on constate à peine quelque division diffuse de la substance chromatophile finement grenue, parfois accumulée autour du noyau normal, rarement marginal. Puis les cellules sont à peu près normales, il n'y a guère qu'un tassement de la substance chromatique des granulations de Nissl autour du noyau. Les vaisseaux sanguins, les artères surtout, ont les parois épaissies et sont dilatées.

En résumé — après 6 heures, état flou des granulations de Nissl, avec accumulation centrale de la substance chromatique et formation de vacuoles — au bout de dix à douze heures, coloration bleue diffuse avec formation réticulée dans le corps de la cellule et dissociation de quelques cellules — au bout de vingt-huit heures, les granulations se pressent encore autour du noyau, quelques cellules sont divisées en compartiments rayonnés — dans les cinq jours qui suivent, tantôt il y a peu de déviation de la normale, tantôt la substance chromatique est complètement atrophiée. la cellule est tuméfiée quoique son noyau soit conservé, les vaisseaux de la substance grise sont très développés — dans les quatorze à seize jours suivants il y a peu de chose sauf la disparition de la substance chromatique peu modifiée d'ailleurs.

P. Keraval.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

IX. De l'importance de l'emploi simultané de la suggestion hypnotique et d'autres médicaments dans le traitement de l'alcoolisme chonique; par W. de Bechterew. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.)

L'hypnotisme excelle chez les buveurs d'habitude ; presque toujours, il y a cessation subite des habitudes, ou bien ils cessent définitivement de boire après avoir ingéré des doses modérées d'alcool pendant un jour ou deux. Il suffit, pour maintenir la tempérance, de pratiquer de temps à autre de nouvelles suggestions. Cela dépend de la gravité de chaque cas particulier, de la profon-

deur de l'hypnose, du degré de la suggestibilité. On fait d'abord deux séances par semaines ; puis, on les espace, finalement il faut les répéter au moins à quelques mois d'intervalle. Il arrive quelquefois que d'un seul coup on obtient la tempérance pour de nombreux mois ; malgré cela, il convient de répéter les suggestions à des intervalles de quelques semaines ou de deux à trois mois. Dans l'ivrognerie périodique, l'hypnose peut encore exercer une action utile et durable, à la condition de répéter la suggestion pour éviter les rechutes. La fréquence de la récidive dépend et du degré de la dégénérescence et d'autres facteurs parmi lesquels le milieu, et surtout l'entraînement, l'intolérance de l'économie à l'égard des spiritueux.

L'hypnotisme peut être pratiqué en plein délire alcoolique à moins que l'excitation du malade le rende insensible à cette pratique ; sinon, les hallucinations ne sont point une contre-indication. L'hypnose peut alors améliorer à ce degré l'état subjectif du patient qu'il obéisse à la suggestion nécessaire de dormir profondément.

L'emploi simultané d'autres médicaments s'explique par les troubles de la nutrition du système nerveux et d'autres organes concomitants. Bains, frictions généralisées, bromures associés à la codéine, la digitale, l'adonis vernalis, toniques et en particulier la strychnine, sont indiqués. L'hypnose agit sur les troubles fonctionnels, notamment sur la volonté. P. Keraval.

X. **Traitement de la sciatique par l'ichthyol**; par S. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, juin 1899.)

L'auteur de cette note dit avoir obtenu, à la suite de l'administration de l'ichthyol *intus* et *extra* dans 24 cas de sciatique grave, 14 guérisons, 4 améliorations très notables et 2 insuccès. Il prescrit 6 à 8 capsules par jour de ce médicament et des frictions avec un liniment ichthyolé. Sans être un antidote de la sciatique, l'ichthyol serait, d'après M. Crocq, le remède le plus efficace pour combattre cette affection, dans la généralité des cas. G. Deny.

XI. **Vomissements incoercibles de nature hystérique, traités par la méthode d'Apostoli**; par M. Decroly. (*Journ. de Neurologie*, mai 1899

Observation d'une jeune hystérique, atteinte depuis cinq ans de vomissements survenant après chaque repas sans efforts ni souffrance, et qui fut sinon guérie, du moins sensiblement améliorée par la galvanisation des deux pneumogastriques au cou, suivant la méthode d'Apostoli. G. D.

XII. De l'emploi des bains prolongés chez les aliénés ; par E. Boyer. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.)

Dans les petits services, il n'y a rien de mieux que les bains permanents à 28° R entretenus à cette température du matin au soir, en prenant toutes les précautions pour garantir et appuyer la tête, bien alimenter le malade dans son bain, ménager la susceptibilité de la peau (bains garnis, peau enduite de vaseline aux endroits qui portent), — en surveillant le pouls et la température du patient dont préalablement on aura attentivement examiné les poumons et le cœur, — en modérant la congestion céphalique au moyen de compresses fraiches, — en employant des infirmiers bien stylés. Pour cela il faut doter chaque section de surveillance continue, chaque section d'agités et de gâteux, d'une chambre de bains, de façon à disposer d'une baignoire pour deux ou trois malades; chaque série de deux ou trois baignoires sera séparée de la suivante par des demi-cloisons. Les locaux, bien éclairés, seront facilement accessibles, les baignoires seront parfaites et confortables.

Ces bains permanents (on ne les interrompt que pour la nuit) conviennent à tous les accidents gangréneux, phlegmoneux, ulcéreux, traumatiques, à tous les malades excités qui se salissent, se déshabillent, tentent de se faire du mal. Il y en a très peu qui répugnent à ces bains chauds; il n'y a guère que ceux qui ont vécu longtemps en cellules. On vainc leur résistance par l'injection d'un peu d'hyoscine. Pas n'est besoin de moyens de contrainte.

Le bain permanent réussit surtout dans l'*agitation maniaque pure*. Il n'agit qu'en certains cas contre l'agitation de la catatonie et de la démence précoce, grâce probablement à la suppression des excitants extérieurs et à l'influence du milieu calme. Il produit un calme parfait chez le maniaque vrai à la condition qu'il soit appliqué pendant plusieurs mois. On en obtient aussi des résultats, quoique moins sûrs, chez les agités paralytiques, il a réussi chez quelques alcooliques et épileptiques. Quant aux mélancoliques, l'expérience est encore insuffisante, mais les autres moyens sédatifs sont moins recommandables.

Tel sera le traitement de l'avenir qui nous débarrassera des sections de surveillance continue pour agités, des cellules, des chambres d'isolement, des divisions d'agités et de malpropres.

P. Keraval.

XIII. Contribution au traitement du tabes et de la paralysie générale ; par Adler. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXII, N. F. X, 1899.)

Ces maladies, de même que les affections des nerfs, des vaisseaux, des viscères, scléreuses à base de syphilis, se trouvent bien de Hg et de Ag. La pommade de Crédé à base d'argent colloïde

(argent soluble dans l'eau et les liquides albumineux) à la dose de trois grammes, en frictions d'un quart d'heure à une demi-heure sur la peau une fois par jour, est très active. On peut donner aussi des pilules d'argent colloïde, contenant chacune un centigramme de ce produit ; deux à trois pilules par jour. On associe la pommade à l'ingestion intérieure de préparations mercurielles.

P. K.

XIV. Le traitement de l'inversion du sens génital et de la masturbation par la suggestion ; par DE BECHTEREW. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.)

Deux observations très intéressantes dont une autobiographie. Il s'agit de la forme grave d'homosexualité avec perversion des instincts. Invertis, pédérastes passifs, automasturbateurs et masturbateurs pendant la pédérastie passive, tels sont ces deux malheureux. L'un d'eux, neurasthénique, obtient une amélioration passagère relative du bromure associé à la codéine et à l'adonis vernalis, renforcé par trois séances de suggestion hypnotique. Les sensations anales anormales et la dépression qu'il accuse sont notamment très atténuées par ce traitement. Le second, masturbateur solitaire ou pendant l'acte du coït buccal qu'il adore pratiquer sur autrui, se trouve particulièrement bien de la suggestion hypnotique. M. de Bechterew fait remarquer la nécessité de plusieurs séances, la durée du traitement suggestif dépendant de la gravité et de l'individualité de chaque cas, du degré de suggestibilité de l'individu. Il faut, pour réussir, arriver à obtenir une hypnose assez profonde. Ceci fait, on passe à la suggestion à l'état de veille et à l'état de demi-sommeil ; on a auparavant annoncé au patient que, pour produire la suggestion, il n'est pas besoin qu'il dorme, il n'a qu'à fermer les yeux, à penser fermement à sa santé et à songer à ce qu'on lui suggère. Cela donne du courage au malade ; la suggestion à l'état de veille est plus aisée, le résultat cherché arrive. Il y a lieu, si la suggestion n'agit pas suffisamment, d'employer concurremment, les bains, le KBr et autres médicaments, suivant chaque cas spécial. P. KERAVAL.

XV. Le traitement orthopédio-chirurgical de la maladie de Little ; par Vinceslas SAPINSKI. (*Gazeta Lekarska*, mars 1899.)

La maladie de Little est causée par les perturbations pendant la vie intra-utérine, pendant la naissance ou par l'affaiblissement fonctionnel qui survient après.

Deux chirurgiens allemands Lorenz et Hoffa, se sont occupés spécialement du traitement de cette affection. L'aspect caractéristique c'est la contracture de quelques groupes musculaires des

membres inférieurs. Cette contracture frappe les adducteurs et fléchisseurs de la cuisse et les fléchisseurs de la jambe. Les extrémités inférieures sont tombantes, fléchies dans les genoux, le plus souvent le pied bot varus. Dans les cas graves on peut voir la rotation interne avec une subluxation coxofémorale en arrière. Schultess fait voir que l'articulation du genou a un aspect spécial chez ces malades ; chez les individus normaux la partie saillante est formée par le condyle interne et la rotule ; chez les malades atteints de Little le sommet de l'articulation est formé par la rotule, l'articulation a la forme angulaire. Pour Schultess l'allongement du ligament rotulien en est la cause.

La marche est difficile, ne peut se faire qu'avec des béquilles, les genoux se croisent pendant la marche, les doigts traînent par terre. Les membres supérieurs sont pris rarement.

Parfois les muscles du visage sont touchés, on rencontre du strabisme, nystagmus, bégayement. Rarement la cérébralité est abaissée. La sensibilité, réaction électrique sont normales, les réflexes exagérés. Les dystocies et les naissances avant terme semblent être la cause prédominante de cette maladie.

Chez les enfants nés avant terme, le cerveau n'est pas suffisamment développé, les parties motrices se développent plus tard c'est pourquoi elles sont faibles chez ces enfants. Ca dépend de la circulation ralentie (Brissaud) dans les centres moteurs des extrémités inférieures. Le lobe paracentral se développe en dernier lieu pendant la vie intra-utérine, finit son évolution complète après la naissance, il est moins bien conformé chez les nouveau-nés. Dans les dystocies il y a des hémorrhagies dans l'espace sous-arachnoïdien à cause du chevauchement des os pariétaux. Les centres moteurs des membres inférieurs peuvent être contusionnés, ce qui peut expliquer les troubles dans les membres inférieurs.

Frend explique ainsi le phénomène de la maladie : deux neurones entrent en jeu dans la voie motrice ; l'un qui va de l'écorce des zones motrices aux cellules des cornes antérieurs, l'autre de ces cellules aux muscles. Le neurone périphérique produit le reflexe, le mouvement volontaire dépend du central et de son action sur le périphérique. Dans la maladie de Little l'action du neurone central est affaiblie, il y a un désiquilibre entre l'innervation du cerveau et l'innervation médullaire des muscles. La thérapeutique peut tirer des données pratiquesde ce fait, il faut développer l'énergie du neurone cortico-moteur et régulariser les fonctions du périphérique.

Le médecin doit fortifier les mucles abducteurs et extenseurs et affaiblir leurs antagonistes. Le traitement chirurgical, la science systématique de la marche et l'orthopédie bien appliqués donnent de bons résultats. Le massage combiné avec la gymnastique est bien en vigueur dans la clinique de Hoffa pour les malades atteints

de Little. Ce massage est fait par le médecin d'abord à l'articulation du cou de pied, ensuite, le genou et l'articulation coxofémorale. Le massage est suivi des mouvements de chaque articulation. Le médecin veille sur tout. Le Dr Kratenberg fait faire la gymnastique avec des appareils. Par le massage et la gymnastique on augmente la force desmuscles affaiblis.

Lorenz et Hoffa font des ténotomies et tendectomies sous-cutanées. Lorenz conseille l'opération non sanglante sous le chloroforme vaincre la résistance des adducteurs. D'après Lorenz il y a dans ces cas une élongation et une myorrhexie.

Dans les cas d'extrême contracture des muscles adducteurs, il éloigne ce groupe, en coupant le nerf obturateur, alors l'action d'adducteur est faite par le couturier.

Après l'opération il faut faire la correction de la position vicieuse et mettre un appareil plâtré pour six semaines. Parfois le redressement se maintient difficilement. Hoffa le fait petit à petit en ôtant l'appareil. Lorenz recourt à son ostéoklast redresseur et corrige les plus grandes contractures en une séance. Après avoir ôté l'appareil Hoffa met les opérés sur une table spéciale faite de deux planches sur lesquelles on couche les opérés pendant deux heures et deux fois par jour avec les jambes fixées. Lorenz met sur les genoux des opérés des sacs lourds. Après l'opération il ne faut pas oublier la science systématique de la marche.

L'auteur a observé bien longtemps dans la clinique de Hoffa deux enfants chez lesquels les résultats étaient très satisfaisants, tous les deux marchaient seulement avec un bâton. L'auteur les a vu opérer et a assisté à la science systématique de la marche.

G. DE MAJEWSKA.

XVI. Des principes essentiels du diagnostic et du traitement de l'épilepsie dite essentielle ; par W. LESZYNSKI (de New-York). (*Med. Record*, 20 mai 1899.)

L'auteur conclut de son expérience que l'épilepsie peut être traitée avec succès grâce à un traitement méthodique et entrepris dès le début. Trop souvent les praticiens ordinaires méconnaissent ces indications et les neurologistes ne sont appelés à traiter les épileptiques que trop tard. Quant à la guérison, comme le disait Séguin, on ne la peut affirmer qu'après une observation de cinq années passées sans crise avec la diminution progressive de tout traitement médicamenteux. A. MARIE.

XVII. Considérations sur les progrès récents apportés à la chirurgie du cerveau ; par O. NEILL (de Belfast). (*British med. Journal*, novembre 1898.)

Après des considérations générales sur les localisations fonction-

nelles du cerveau, les aires motrices, les rapports entre la superficie du crâne et les diverses circonvolutions, la technique opératoire de la trépanation, l'auteur donne quatre observations personnelles de fractures du pariétal et du frontal pour lesquelles il a pratiqué le trépan avec succès. Il considère comme une règle générale de pratiquer le trépan dans tous les cas de fracture des os du crâne avec dépression des fragments, qu'il y ait ou non des complications cérébrales. Ces complications en effet peuvent se manifester plus tard. A. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 19 mars 1899.

Dr Broukhansky. — *Un cas d'encéphalite aiguë hémorragique (avec présentation de la malade).*

La malade est une jeune fille, âgée de vingt-sept ans, sans antécédents héréréditaires. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Il y a cinq ans, affection stomacale de nature indéterminée. En octobre 1897, la malade eut de grands ennuis à cause d'un mariage manqué. Dans la deuxième moitié du mois de novembre 1897, apparition de céphalées, de vertiges, de vomissements fréquents et de constipation ; du côté de la sphère psychique, certaine inquiétude, loquacité, sensation de goût et d'odeur désagréables, incohérence d'idées. A partir du 12 décembre, confusion mentale complète, excitation motrice, tendances agressives, gâtisme et insomnie ; émaciation; perte du réflexe lumineux des pupilles; parésie du muscle droit interne de l'œil droit et de la jambe droite; ataxie des membres inférieurs plus prononcée du côté droit. Pouls 100, quelquefois irrégulier. Température 36,8-37,5, puis le 19, elle monte à 39°, en même temps qu'apparaît une parésie de la main gauche et une parésie du facial droit inférieur; dépression mentale très prononcée; refus d'aliments; pouls 100-110

faible et irrégulier. A partir du 6 janvier 1898, l'état s'améliore sensiblement; la parésie faciale disparaît tout d'abord, puis survient le rétablissement des mouvements du poignet et de la main, de l'œil, de la réaction pupillaire. La malade reprend toute sa lucidité d'esprit, mais ne se rappelle pas les noms des objets même usuels et comprend difficilement ce qu'elle lit. A partir du mois de mars l'aphasie diminue, mais on observe le développement progressif de la démence, en même temps que de l'abaissement de la vue (des deux côtés) avec décoloration des pupilles.

B... admet qu'il s'agit dans ce cas d'*une encéphalite hémorragique*, localisée dans l'écorce et dans les noyaux du nerf moteur oculaire commun. Les troubles de la vue relèveraient d'une névrite rétrobulbaire de la même origine, probablement infectieuse (influenza ?).

L'observation présenterait une forme mixte Strümpell-Wernicke.

Discussion. — M. Mouratoff croit qu'il s'agit plutôt dans ce cas d'une affection fonctionnelle ou toxique diffuse, que d'une encéphalite aiguë hémorragique. — MM. Serbsky et Postovsky, qui ont vu la malade, il y a un an, admettent la possibilité de la nature hystérique des troubles psychiques, bien qu'une lésion organique primitive du cerveau ne puisse guère être exclue. — M. Kojevnikoff croit plutôt à une encéphalite disséminée, peu profonde.

N. Versiloff. — *Les dégénérations secondaires chez les animaux, consécutives aux lésions expérimentales du cervelet (avec présentation des préparations microscopiques et des figures).*

Les expériences ont été faites sur les chiens (cinq en tout), chez lesquels on a fait l'ablation de tout le cervelet, d'un hémisphère (deux cas), du lobe médian et de la substance blanche d'un hémisphère (avec destruction du corps dentelé). Préparations d'après la méthode de Busch.

Voici les conclusions de V... :

1° Il existe un seul faisceau descendant droit spinal, lequel prend son origine dans les amas gris intracérébelleux et se dirige à travers la partie interne du corps restiforme dans la substance réticulaire du bulbe, où il se dispose au-dessus de l'olive; au niveau de la partie inférieure de l'olive inférieure, ce faisceau s'écarte de plus en plus en dehors, pour se loger au bord interne de la pyramide et le long du cordon antéro-latéral de la moelle. On peut le suivre sur toute la hauteur de la moelle, où il occupe la place du faisceau marginal antérieur de Lowenthal; les fibres de ce faisceau se mettent en rapport avec les cornes antérieures de la moelle du même côté et en partie également du côté opposé. Il est impossible de constater la continuation directe des fibres cérébelleuses dans des fibres radiculaires ;

2° Les connexions du cervelet avec le bulbe sont des plus compliquées. Le système le plus développé est celui des fibres se dirigeant à travers la partie externe du corps restiforme vers le noyau du cordon latéral du même côté et en partie à travers les fibres arciformes externes antérieures du côté opposé;

3° Il existe indiscutablement un système descendant de fibres destinées à relier le cervelet avec l'olive du même côté, principalement avec l'olive du côté opposé, passant à travers les fibres arciformes internes, externes et interpyramidales;

4° Par l'intermédiaire des fibres arciformes internes s'établit la connexion du cervelet avec le fascicule longitudinal postérieur du même côté, et en partie du côté opposé; et par l'intermédiaire de celui-ci, avec les nerfs crâniens de la 12e, 10e, 9e et 8e paires;

5° Il existe un système descendant reliant le cervelet avec le noyau de Bechterew et celui de Deiters, avec le noyau accessoire du nerf acoustique du même côté (par l'intermédiaire de la racine latérale du nerf acoustique), et celui du côté opposé (par l'intermédiaire du corps trapézoïde). Ce dernier corps trapézoïde sert également à le mettre en rapport avec les olives supérieures des deux côtés; 6° Les fibres du pédoncule moyen descendent en partie vers les noyaux de la protubérance des deux côtés, en partie sous forme d'un faisceau vertical qui remonte le long du raphé et rejoint le noyau réticulaire du tégument du côté opposé;

7° Les fibres du pédoncule antérieur passent en partie (mais en partie seulement) du côté opposé; *quelques-unes* s'interrompent dans les cellules du noyau rouge, mais la plupart se dirigent vers le corps optique, où elles se terminent dans les noyaux internes et externes. Au delà du noyau rouge on ne rencontre pas de fibres non entrecroisées;

8° Par l'intermédiaire du faisceau longitudinal postérieur s'établit la connexion du cervelet avec les noyaux de la 7e, 6e, 5e, et 4e paire crânienne, principalement du même côté; les fibres qui se détachent du pédoncule antérieur servent à le mettre en rapport avec le noyau du nerf moteur oculaire du même côté, mais principalement du côté opposé. On n'a pas encore noté de continuation directe des fibres cérébelleuses dans les nerfs craniens;

9° Il existe une connexion croisée avec les noyaux de Bechterew et de Deiters principalement par l'intermédiaire des fibres se détachant du noyau « tecti globosi »; 10° Le « faisceau en crochet » sert à la connexion du cervelet avec le floculus du côté opposé; 11° Après l'extirpation du lobe moyen du cervelet on peut constater des dégénérations secondaires dans le système cérébello-vestibulaire des deux côtés; 12° La méthode de Busch est préférable à celle de Marchi par la netteté des images obtenues et la facilité de la technique préparatoire.

Dr Tchernicheff. — *Sur les altérations pathologo-anatomiques du système nerveux central, dues à l'empoisonnement par le poisson.*

L'auteur a observé deux cas d'empoisonnements mortels dus à l'ingestion du hareng. Le premier malade, âgé de vingt-cinq ans est mort le lendemain, le deuxième, âgé de trente-trois ans, est mort au bout de cinq jours. Chez celui-ci on a observé une sécheresse très accusée de toutes les muqueuses et de la peau; exulcérations des amygdales; constipation, anurie, constriction thoracique, céphalée et vertiges, température normale, lucidité d'esprit jusqu'à la mort, légère mydriase, ptosis léger; parole imperceptible; pas de paralysies ni d'anesthésies; faiblesse et oppression croissantes. A *l'autopsie*, les données macroscopiques ont été négatives dans les deux cas. A l'examen microscopique du cerveau et de la moelle, on trouve : hypérémie vasculaire, émigration des leucocytes dans les espaces périvasculaires de la substance blanche et grise médullaire. Les cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke présentent une dégénération granulo-pigmentaire très prononcée. Sur les préparations colorées par les couleurs d'aniline on trouve des cellules sans prolongements ou avec des prolongements lacérés, sans noyaux ou aux noyaux déformés et déplacés; on y observe également de la chromatolyse périnucléaire, diffuse ou insulaire, etc., etc.

Dans les cellules du renflement cervical, on constate souvent des vacuoles. Les cellules des noyaux bulbaires ont subi de graves altérations. Chez l'un des deux malades, on a trouvé une hémorragie dans les noyaux du nerf pneumogastrique. Des altérations analogues ont été constatées dans les cellules des noyaux de la protubérance, des corps quadrijumeaux et des hémisphères.

Les plus graves lésions, dues à l'intoxication par le poisson, se trouvent dans le bulbe. Le cervelet est le moins endommagé. On n'a pas constaté de microorganismes sur les préparations examinées.

Dans la *discussion* quelques remarques ont été faites par MM. Rossolimo, Soukhanoff, Mouratoff, Mouravieff et Kojewnikoff.

Secrétaires des séances : W. Mouravieff; G. Rossolimo.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du lundi 19 juin 1899. — Présidence de M. Jules Voisin.

Psychonévrose post-infectieuse guérie par suggestion. — M. Paul Farez rapporte l'observation d'une hystérique qui, à la suite d'une

broncho-pneumonie grippale a présenté des impulsions irrésistibles au chant, des crises convulsives, du délire, etc., et qu'il a guérie en deux séances de suggestion faites dans la même journée. Ainsi que l'ont démontré quelques auteuis et, en particulier, Régis, la suggestion est le traitement de choix de ces états mentaux post-infectieux. L'agent infectieux, en effet, agit ici, sur un terrain prédisposé, à la manière de l'émotion ou du choc moral, comme agent de dissociation et de désagrégation de la conscience. Dès lors, la suggestion est efficace en tant qu'elle stimule et fortifie le pouvoir de coordination et de synthèse mentale, qu'elle corrige et redresse la mauvaise habitude qui est en train de s'installer, qu'elle réalise, en somme, une véritable restauration fonctionnelle.

Réponse à diverses critiques récemment adressées à l'hypnotisme. — M. Milne Bramwell (de Londres) soutient, avec Liébeault, Forel, Wetterstrand et tant d'autres, que l'hypnotisme n'offre aucun danger. A l'appui de cette affirmation, il cite les témoignages récents de Percy Smith, de Myers, de Woods, d'Outterson. Les observations que l'on a rapportées et dans lesquelles l'hypnotisme a été représenté comme dangereux ont été l'objet d'un examen insuffisant ; ou bien, lorsque les faits rapportés sont exacts, ils ne permettent pas les conclusions et les interprétations que l'on en tire ; on peut s'en rendre compte sur l'analyse de deux cas récents. Il termine en justifiant la valeur thérapeutique de l'hypnotisme dans les cas suivants : hystérie, dipsomanie, enfants vicieux ou dégénérés, obsessions, neurasthénie, troubles menstruels, aliénation ; il montre qu'à Auguste Voisin revient l'honneur d'avoir été un précurseur dans le traitement hypnotique de certaines formes d'aliénation mentale.

L'hypnotisme et le traitement de l'agoraphobie. — M. Vlavianos (d'Athènes) présente un nouveau malade, âgé de cinquante-quatre ans, alcoolique depuis l'âge de vingt ans, qui fut autrefois interné à l'Asile clinique et qui était atteint d'agoraphobie, et en outre de monoscophobie, de musicophobie et d'amaxophobie. Grâce à l'hypnotisme, les phobies et l'appétence alcoolique ont disparu, le goût du travail est revenu, le caractère a été modifié heureusement ; c'est le malade lui-même qui, tout reconnaissant, raconte ces excellents résultats.

M. Jules Voisin. — Il s'agit en somme dans ce cas, comme en beaucoup d'autres, de phobies spéciales développées au cours d'une aboulie. Traiter l'aboulie, c'est, du même coup, se rendre maître de ces phobies.

La lumière colorée en thérapeutique nerveuse. — M. Grignan revient sur la communication faite précédemment par M. Raffegeau et signale, comme cause d'erreur expérimentale possible, l'insuffisance de la spécification des couleurs ; par exemple, un verre

violet peut être presque rouge ou presque bleu. M. Camille Flammarion a établi de petites serres entièrement vitrées de verres de couleurs, mais soigneusement vérifiés au spectroscope ; on n'a pu trouver dans l'industrie des verres violets ne laissant passer que les rayons violets ; les verres rouges sont bien monochromatiques, mais les verts laissent passer du jaune, etc. Les expériences effectuées à Juvisy ont démontré l'effet sédatif (sur les plantes, il est vrai) de la lumière bleu-indigo. Les fraises de la serre bleue n'étaient pas plus avancées en octobre qu'en mai. Dans le bleu, on ne vieillit pas, mais on ne vit guère ; c'est presque un sommeil.

M. Félix Regnault. — Si les couleurs qui se rapprochent du rouge sont excitantes, si le vert donne une joie tranquille, si le violet, l'indigo et le bleu sont calmants, on peut, comme cela a été fait en Amérique, diagnostiquer le tempérament d'une personne d'après la couleur préférée. La sociologie apprend que chez tous les peuples, surtout chez les sauvages, la préoccupation des couleurs est extrême : les classes riches seules portent, ou même ont le droit de porter, les couleurs brillantes, écarlates, et en particulier la pourpre ; au contraire, à Rome, par exemple, les pauvres gens et les esclaves portaient des habits de couleur brune ou noire. Les peuples du Nord ont un goût particulier pour les couleurs reposantes et sombres. Les musulmans, gens sérieux, ont un goût particulier pour le bleu, de même que les septentrionaux.

Absence de pouvoir modérateur chez un individu inculpé d'outrage public à la pudeur. — M. Bérillon. — Cet individu présente plusieurs rétrécissements du canal de l'urèthre ; l'un est situé dans la région pénienne, l'autre dans la région membraneuse ; on constate également un spasme de cette région. L'existence de ces lésions donne l'explication des troubles nerveux réflexes pour lesquels il est poursuivi. A certains moments, sous l'influence de l'irritation de l'urèthre, il tombe dans des états d'éréthisme génital qui entraine l'exécution d'actes obscènes accomplis automatiquement. Sous l'influence de l'irritation des organes génitaux, la moelle se trouve émancipée et soustraite à l'influence cérébrale psycho-motrice ; les centres inférieurs sont indépendants et fonctionnent alors d'une façon irrésistible. Cet homme étant dépourvu de pouvoir modérateur, son contrôle sur lui-même est presque anéanti ; dès lors, on ne saurait guère le rendre responsable d'impulsions réflexes irrésistibles. Le traitement devra être doublé ; il portera à la fois sur l'état local et sur l'état mental ; il supprimera la cause des impulsions, et, d'autre part, il donnera le pouvoir de leur résister. (L'accusé ne fut pas acquitté, mais il bénéficia de la loi Bérenger.)

BIBLIOGRAPHIE.

VI. *L'Esprit scientifique contemporain;* par le Dr Foveau de Courmelles. (*Bibliothèque Charpentier*, Fasquelle, éditeur, 1899.)

Sous ce titre l'auteur nous donne une sorte de revue rapide de l'état de la science à l'heure actuelle. Suivant son expression il « veut élever une colonne tombale destinée à perpétuer le souvenir du mort », c'est-à-dire du XIXe siècle qui s'éteint. Il rend hommage avant tout à la théorie de l'évolution, qui se retrouve à la base de tous les phénomènes et permet un développement incessant et un perfectionnement continu. Il parle du rôle prépondérant des conditions mésologiqnes qui favorisent la progression en avant. Parmi elles, la science se substituant à l'empirisme aide puissamment au perfectionnement du corps et de l'intelligence. M. Foveau de Courmelles passe alors en revue une grande quantité de questions et de chacune il dégage le rôle de la science. Il parle de la chimie transformant l'alimentation, des machines appliquées à l'industrie et lui donnant un nouvel essor, de l'hygiène progressant avec les recherches de Pasteur et de ses élèves. Il montre la médecine avec ses nouvelles méthodes curatives. Dans un autre ordre d'idées, il consacre des chapitres à la sociologie, à l'éducation, à la philosophie, à la littérature, au théâtre, à la religion, etc., etc. Et partout il impose cette idée que les savants et la science ont tout envahi et règnent désormais en souverains maîtres. Il y a lieu de féliciter chaudement M. Foveau de Courmelles de cette œuvre intéressante. D'abord en raison de l'esprit dans lequel elle a été conçue, et qui vient démontrer que la science n'a jamais fait faillite comme certaines voix, malheureusement trop écoutées, tendent à le faire croire. Il faut ensuite le féliciter de continuer brillamment son rôle de vulgarisateur scientifique. Je remarquerai toutefois que la multiplicité des questions qu'il fait passer sous les yeux du lecteur a été la cause fatale d'une défectuosité de cette œuvre ; il lui est impossible de donner à chacune des limites nécessaires : il ne peut qu'effleurer certains sujets. Aussi rencontre-t-on par endroits un manque de précision scientifique. Certaines théories sont exposées sans discussion ; certaines opinions restent sans développements. Or, ce livre étant essentiellement un essai de mise au point, il s'ensuit pour le lecteur non prévenu une connaissance insuffisante d'un fait ou une idée fausse à son sujet. Pour prendre

des exemples intéressant plus spécialement la neurologie, je lis à la page 27 cette phrase : « Les femmes, dont l'infériorité cérébrale paraît admise par la science contemporaine, etc. », et la discussion continue sur cette simple constatation. Je sais bien qu'à la page 325 seulement il y a cette autre phrase : « La variabilité du poids de l'encéphale nous a demontré que les différences pour l'homme et la femme étaient moins que significatives. » Il n'en est pas moins vrai que je ne vois exprimé nulle part le fait suivant si important lorsqu'on veut comparer les cerveaux de deux individus de même espèce ou d'espèces différentes : il est admis par nombre de savants (Richet, Manouvrier, Dubois (de la Haye), etc.) que le poids absolu du cerveau n'est rien ; le poids relatif seul est tout ; c'est dans ce sens qu'on va même jusqu'à dire, étant donné certaines considérations évolutives, que le cerveau de la femme est relativement supérieur à celui de l'homme. M. Foveau de Courmelles s'étonne aussi que certains crânes préhistoriques soient plus développés que les nôtres (page 89), qu'on ne puisse évaluer l'intelligence (page 91) au poids de l'encéphale : c'est toujours la même notion de l'influence de la masse du corps sur le poids du cerveau que je ne vois signalée nulle part. Le poids du cerveau est fonction de l'intelligence et de la masse du corps. Ces deux parties ne pouvant pratiquement être scindées on obtient uniquement deux chiffres exprimant plus ou moins nettement l'importance des deux variables (intelligence et masse du corps) dont le poids du cerveau est fonction. Le problème complet avec les procédés actuels de la science est encore insoluble, mais il n'en est pas moins vrai qu'on a l'explication de ces faits et qu'on sait tout au moins qu'il y a un rapport établi. Je trouve aussi regrettable de voir l'auteur énoncer certaines opinions manifestement erronées. Ainsi (page 89) on lit : « L'homme qui actionne son cerveau est dolichocéphale alors que le paysan est brachycéphale à encéphale moins développé. » En premier lieu il n'est pas prouvé qu'un cerveau de brachycéphale soit moins développé qu'un cerveau de dolichocéphale. En second lieu, si une ville située dans un pays à type brachycéphale, présente plus de dolichocéphales, cela ne tient en aucune façon au développement intellectuel du citadin. Il est évident, en y réfléchissant un peu, et surtout en observant, que le paysan conservera longtemps le type primitif de sa race; mais, devenu citadin, il le perdra par suite de mélanges et de croisements faciles avec les étrangers toujours plus nombreux dans les villes. Inversement si le type autochtone était dolichocéphale les habitants des villes deviendraient plus ou moins brachycéphales. Tout cela est très simple, mais malheureusement moins séduisant que cette prétendue transformation du crâne sous les efforts de la pensée ! En citant cette opinion sans la discuter, M. Foveau de Courmelles propage une erreur. Dans un autre ordre

d'idées je me demande s'il faut regarder comme une conquête scientifique la pénétration des médecins dans le Parlement ? Je ne vois pas pourquoi la profession médicale fournirait des aptitudes spéciales à faire de la politique. De plus il faudrait établir que les médecins actuellement ou députés ou sénateurs sont vraiment des hommes de science : je crois qu'on en trouverait peu à qui donner ce titre dans le Parlement. Il faudrait en outre prouver que leur science peut s'appliquer ou s'est appliquée à résoudre la question sociale, comme l'indique l'auteur. Bien loin d'y voir une conquête de la science, je crois que celle-ci n'a rien à y gagner.

Quoi qu'il en soit, ces critiques, je dois le dire, sont plutôt des regrets que l'auteur n'ait pas approfondi certaines questions, quitte à publier deux volumes sur l'esprit scientifique contemporain. Cela m'aurait procuré le plaisir de lire plus longuement son style si varié et si agréable, de goûter des idées neuves et des jugements originaux. Il n'y a pas de savant qui ne puisse apprendre beaucoup par la lecture de l'*Esprit scientifique contemporain.* G. PAUL-BONCOUR.

Nous croyons utile, à propos de l'analyse de notre collaborateur et ami, M. le Dr Paul-Boncour, de rappeler le passage suivant de Paul Bert.

« Vous m'avez profondément blessé, Monsieur l'Évêque ; mais, laissez-moi vous le dire, bien que cela vous soit sans doute fort indifférent, je ne vous en veux pas. Il est clair pour moi que vous n'avez pas pu comprendre la valeur que prenaient, en s'appliquant à un *homme de science,* les expressions par vous employées. *Calomniateur, falsificateur, imposteur,* ce sont là, en effet, des mots d'un usage fréquent dans la *langue des thaumaturges*, et que se renvoient volontiers, sans y paraître attacher d'importance, ceux qui vivent de la crédulité et de la sottise humaines. Qu'ils se jettent à la tête le célèbre *mentiris impudentissime,* c'est affaire à eux.

« Mais ne savez-vous pas, Monsieur l'Évêque, ce qu'est un *homme de science;* quel culte ardent et sans partage il a voué à la *Vérité*, l'*éternelle et sainte Vérité*, qu'il invoque et poursuit, malgré les anathèmes des superstitions effarées ? Ne savez-vous pas que sa *parole respectée* vaut jusqu'à inscription de faux ? Ne savez-vous pas que le moindre soupçon sur sa véracité lui inflige la plus sanglante injure ; que le mensonge est pour lui ce qu'est la prévarification pour le juge, et la lâcheté pour le soldat ? Non, à coup sûr, vous n'êtes pas accoutumé de parler à des hommes de science. » (*La Morale des Jésuites,* par PAUL BERT ; Dédicace à M. Freppel, évêque d'Angers qui avait publiquement traité P. Bert de calomniateur et de falsificateur de textes.)

VII. *Revue des Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux* (année 1897-1898); par les Drs Régis et L. de Perry [1].

10. *Le suc ovarien. — Effets physiologiques et thérapeutiques;* par le Dr Bestion.

L'auteur conclut : 1° de ses expériences : le suc ovarien glycériné ou aqueux est beaucoup plus toxique pour le mâle que pour la femelle qui, dans la majorité des cas, résiste à des doses semblables et ne succombe en général qu'avec des doses deux fois plus fortes. Les femelles pleines succombent aux mêmes doses que les mâles. Le suc ovarien de brebis est aussi actif que le suc ovarien de truie.

2° De ses observations cliniques et de celles des auteurs : les symptômes pénibles de la ménopause naturelle ont disparu ou se sont considérablement amendés par l'ingestion d'extraits d'ovaires, sans aucune autre médication. Les mêmes résultats ont été observés dans les troubles qui suivent la castration ovarienne. L'amélioration rapide observée chez les aménorrhéiques et les chlorotiques est constante.

L'influence de l'extrait d'ovaire sur les troubles mentaux qui accompagnent les lésions génitales ou la castration est réelle.

En même temps qu'une amélioration de l'état local, se produit toujours une amélioration de l'état général. C'est même un des premiers résultats observés après l'ingestion d'un extrait d'ovaire, suc ovarien ou extrait sec : l'appétit revient, les digestions sont plus faciles et l'évacuation intestinale se régularise.

Les diverses préparations d'ovaires ont la même action tant sur l'état local que sur l'état général. L'ovairine, en pilules, paraît plus pratique que le suc ovarien; mais on n'est jamais très sûr de l'asepsie de ces préparations, comme on l'est avec les extraits liquides, qui ont subi la filtration.

Comme dose, on ne doit pas dépasser pour le suc ovarien 3 centimètres cubes par jour, en commençant par 1 centimètre cube et en augmentant la dose tous les huit jours. Pour les pilules (10 centigrammes) on doit en donner deux par jour au début et augmenter la dose jusqu'à six par jour.

Il est bon de mettre en garde les praticiens contre l'emploi de la médication ovarienne chez les femmes enceintes, le suc ovarien ayant presque toujours provoqué la mort expérimentalement chez les femelles pleines. Enfin, on devra toujours commencer par le traitement ovarien, avant d'en employer un quelconque, dans tous les cas où il est indiqué, c'est-à-dire dans les troubles de la ménopause naturelle ou post-opératoire, dans la chlorose et aussi

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. VIII, n° 44, p. 164.

dans les troubles psychiques provoqués par un défaut de sécrétion ovarienne.

11. *Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives ;* par le Dr Le Groignec.

Jadis les auteurs considéraient les impulsions symptomatiques comme des entités morbides : peu à peu les faits mieux étudiés se précisèrent, et on rattacha aux diverses psychoses dont elles relèvent, les impulsions. L'obsession impulsive s'est dégagée à son tour de cet ensemble. Les impulsions, dans les principaux états morbides ont, en effet, des caractères propres qui permettent le plus souvent par l'examen des circonstances qui précèdent, accompagnent ou suivent l'exécution, de diagnostiquer l'affection. Parfois la difficulté de reconnaître l'insanité des actes délictueux et criminels, est telle, que la nécessité absolue de l'examen médico-légal s'impose. Entre l'obsession phobique et l'obsession impulsive il n'y a pas de démarcation tranchée : elles sont toutes deux accompagnées d'une tendance à l'acte. Quant aux obsédés à tendances homicides, ils cèdent rarement à leurs impulsions, et seulement quand d'autres facteurs apportent leur appoint à l'obsession (dégénérescence, alcoolisme).

12. *Des délires dans l'impaludisme;* par le Dr Chabal.

Les auteurs ont signalé des troubles psychiques imputables à l'*impaludisme*. Ils ont toujours considéré ces troubles jusqu'ici comme des délires d'aliénation commune, rentrant dans le cadre des vésanies. Quelques auteurs même sont allés jusqu'à nier l'existence de ces délires qu'ils faisaient dépendre de l'alcoolisme, confusion naturelle, car dans ces cas, l'on a affaire à des troubles similaires.

Le délire palustre est un *délire toxique* et comme tous les délires toxiques un *délire de rêve*. Ce délire en effet est en tous points comparable aux troubles délirants de l'alcoolisme, et l'on y retrouve, — malgré la fièvre qui peut changer la manifestation toxique — les trois périodes assez bien caractérisée.

L'ivresse palustre appartient à l'accès sans suivre pourtant exactement son évolution, mais toujours elle prend naissance pendant l'élévation de température. On y retrouve : une ébauche de *période d'excitation* de courte durée, qui fait place à la *seconde* période (*ébrieuse*) avec perturbations de l'intelligence. La fin de l'accès impaludique se termine, comme l'ivresse, par le sommeil de la *période comateuse :* sommeil profond avec perte complète de la connaissance et de la sensibilité.

Les délires de la convalescence peuvent présenter tous les degrés, depuis un simple état de stupeur rêveuse jusqu'à la confusion

mentale hallucinatoire aiguë. On distingue le *délire palustre subaigu* qui, comme le délire alcoolique, est un rêve éveillé ou de jour, faisant suite à un rêve endormi ou de nuit. On y retrouve aussi des hallucinations; les visuelles sont plus fréquentes que celles de l'ouïe.

Le *délire palustre aigu*, qui n'est que l'exagération du subaigu peut se présenter sous forme dépressive ou sous forme agitée. Dans la forme dépressive, la stupeur est profonde, les hallucinations existent, mais plus effrayantes et toujours menaçantes, c'est ce qui explique les fugues des malades. Parfois, à cet état, se joint un vrai délire avec idées hypochondriaques et de persécution, d'où tendance au suicide (fièvre chaude des anciens). La forme agitée n'est autre chose qu'une sorte de delirium tremens. Le *délire palustre aigu* est celui qui constitue la fièvre pernicieuse comateuse. Il se présente sous deux formes différentes : la dépressive (stupeur intense) et l'agitée (convulsions, puis coma).

Les troubles lointains de l'impaludisme n'ont pas de caractères bien spéciaux : il faut noter la fréquence des hallucinations de l'ouïe et du délire de persécution. On a signalé aussi des pseudo-paralysies générales, dont les autopsies n'ont révélé en aucune façon les lésions matérielles propres à cette affection.

13. *Le délire dans la jalousie affective* ; par le Dr Imbert.

La jalousie affective est une passion qui consiste à vouloir posséder seul les sentiments et l'attention d'un autre être. Elle s'accompagne de défiance, d'inquiétude, parfois même d'angoisse. Mais la jalousie affective ne reste pas toujours à l'état de simple passion : elle peut franchir un degré de plus et devenir morbide. Entre les deux existent comme toujours des états de transition difficiles à classer, surtout chez les enfants, les vieillards, les névropathes, et au cours des diverses étapes de la vie génitale.

La jalousie affective morbide comprend plusieurs degrés qui peuvent aller depuis l'*obsession* consciente mais irrésistible jusqu'à la psychose complète en passant par l'idée fixe délirante intermédiaire. En dehors de ces formes de jalousie morbide, idiopathiques pour ainsi dire, l'on peut rencontrer des idées délirantes de jalousie à titre de symptômes ou de phénomènes accessoires dans un certain nombre de maladies mentales, notamment dans l'excitation maniaque pure, la folie à double forme, la paralysie générale au début, l'imbécillité et en particulier dans la folie systématisée progressive. Qu'il soit idiopathique ou symptomatique, le délire jaloux est presque toujours en rapport avec l'un des trois facteurs suivants : 1° névrose (hystérie, neurasthénie, épilepsie); 2° alcoolisme; 3° dégénérescence. Ces trois facteurs sont tantôt séparés, tantôt associés pour le produire.

L'*étiologie* du délire de la jalousie affective est celle de toutes les psychopathies additionnée de certaines causes occasionnelles spéciales, puisées dans les circonstances et le milieu.

Quant au *diagnostic*, il comprend plusieurs points : 1° la distinction de la jalousie-passion de la jalousie-maladie ; 2° dans la jalousie maladie, la distinction des délires idiopathiques et des délires symptomatiques ; 3° la distinction dans chacun des deux groupes de la variété morbide. Souvent ces différenciations présentent des difficultés surtout lorsqu'il s'agit de distinguer la passion à son paroxysme de la maladie, et dans celle-ci l'obsession consciente et l'idée fixe du délire circonscrit des persécutés-persécuteurs raisonnants.

En général, le pronostic est grave ; il varie, non pas tant suivant la forme et l'intensité du délire que suivant le facteur qui le commande. C'est dire que dans l'hystérie et dans l'alcoolisme la jalousie morbide est moins tenace et moins définitive que dans la neurasthénie et la dégénérescence des persécuteurs raisonnants.

Enfin, au point de vue médico-légal, la jalousie morbide soulève les problèmes les plus intéressants et les plus graves soit au civil soit au criminel. L'étude de la capacité, de la responsabilité des délirants jaloux est comme toujours avant tout, en médecine légale, une question de diagnostic. Cette capacité et cette responsabilité varient donc suivant la forme clinique du délire et son intensité et aussi, dans chaque forme, suivant les individus. Il n'y a donc pas de règle générale fixe ; c'est une question d'espèce et de mesure, variable suivant les cas.

14. *Essai sur le subconscient dans les œuvres de l'esprit et chez leurs auteurs;* par le Dr Paul Chabaneix.

Il est des individus qui présentent à certains moments, soit le jour, soit la nuit, un état particulier difficile à définir, tenant le milieu entre le sommeil et la veille, entre le conscient et l'inconscient sorte de rêve somnambulique, ou comme on dit, de subsconcient. Dans cet état, la cérébration automatique s'exerçant en pleine liberté peut engendrer à côté de rêvasseries vagues et confuses, des conceptions suivies, des scènes vivantes et coordonnées, parfois même des productions achevées de l'esprit, qui apparaissent le plus souvent à l'individu comme nées en dehors de sa volonté, ou même en dehors de lui.

Étant donnée la fréquence chez les hommes de talent et de génie du somnambulisme et de la névropathie, des hallucinations oniriques, il était intéressant de savoir s'ils étaient particulièrement sujets au rêve subconscient, et si oui quelle part ce subconscient pouvait revendiquer dans leurs créations.

Il ressort de l'étude de l'auteur que le subconscient parait se

retrouver avec une grande fréquence chez les hommes de talent et de génie, et que chez beaucoup, il intervient dans les productions à un degré plus ou moins marqué. Certains même ont la sensation d'être comme étrangers à leurs productions. « Je n'y suis pour rien, disait Mozart. »

Cette démonstration met en lumière l'une des conditions psychologiques les plus curieuses dans lesquelles puissent se produire les grandes œuvres de l'esprit humain. Elle établit aussi que la personnalité des hommes de talent et de génie, si diversement interprétée, est plutôt faite d'éréthisme nerveux que de folie et que les grands créateurs sont souvent, non des insensés, mais des dormeurs éveillés perdus dans leur abstraction subconsciente, en un mot des êtres à part marchant vivants dans leur rêve étoilé.

15. *Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions et en particulier de l'inhibition génitale;* par le Dr SAUTAREL.

L'obsession-inhibition est une lésion de la volonté d'action ; le sujet essaie vainement de transformer une idée en acte, « sa volonté n'est plus suffisante pour actionner son système moteur et les efforts qu'il tente à cet égard n'aboutissent qu'à augmenter son trouble et son angoisse » (Régis). Ce phénomène peut se produire soit par manque de désir, soit par impuissance à agir.

L'aboulie du pouvoir se présente sous une forme obsédante. On a ainsi une obsession-inhibition comparable en sens inverse à l'obsession-impulsion. Tandis que celle-ci, en effet, consiste essentiellement dans la lutte anxieuse contre un acte qui tend à s'imposer, l'obsession-inhibition, elle, consiste dans l'effort anxieux pour accomplir l'acte désiré. Comme toutes les obsessions, l'obsession-inhibition peut se présenter en clinique sous les formes les plus variées : parmi les plus fréquentes il faut citer l'inhibition vésicale et l'inhibition génitale. Cette dernière est le phénomène qui agit sur les centres psychiques pour supprimer la fonction bien qu'il n'y ait aucune lésion essentielle organique. La syncope génitale peut se présenter sous trois formes : 1° puissance conservée pour toutes les femmes ; 2° puissance conservée pour toutes les femmes, sauf pour l'épouse légitime ; 3° puissance conservée pour l'épouse légitime et abolie pour les autres. Comme toutes les obsessions, les inhibitions sont, ou constitutionnelles ou accidentelles. Elles s'observent soit chez les hystériques, soit surtout chez les neurasthéniques, et se différencient par des caractères propres.

Naturellement il importe tant au point de vue du pronostic que du traitement, de distinguer les obsessions-inhibitions des phénomènes analogues qu'on peut rencontrer dans divers états morbides, et en particulier de l'aboulie des mélancoliques. Généralement le diagnostic est assez facile : cependant il est des cas où il est diffi-

cité ; ce sont ceux où il y a mélange de neurasthénie et de mélancolie, et où l'aboulie, par suite, participe de l'une et de l'autre.

16. *De la précocité et des perversions de l'instinct sexuel chez les enfants ;* par le Dr Pélopi.

L'hérédité est capable de subir des transformations qui semblent la faire dévier de l'état premier. En se transformant, l'hérédité a le pouvoir de faire des précoces, à tous les points de vue, des sujets qu'elle atteint, aussi bien dans le domaine physique que dans le domaine intellectuel et moral. Cette précocité porte le plus souvent sur une faculté hypertrophiée aux dépens des autres, en somme précocité partielle. Elle peut affecter des modalités différentes et si elle porte sur de grandes facultés comme la mémoire, l'intelligence, l'imagination, elle est susceptible d'atteindre d'autres territoires particuliers et porter — ce qui est assez fréquent — sur la sexualité. Cette précocité sexuelle ne s'affirme pas toujours avec un caractère normal : le plus souvent, au contraire, elle affecte le type des aberrations génitales. Suivent quelques observations dont l'une intéressante, d'onanisme irrésistible et d'éveil sexuel, chez une petite fille observée à la clinique des maladies mentales de la Faculté.

17. *Moyens de défense et psychothérapie dans les obsessions ;* par le Dr Bellet.

Les moyens de défense chez les obsédés constituent un véritable mode de réaction psychique, bien différent de la réaction de défense des aliénés. Mais ces moyens protecteurs peuvent parfois amener du soulagement chez ceux qui les emploient. Le plus ordinairement ils présentent pour eux des inconvénients sérieux soit en renforçant l'obsession existante, soit en la compliquant d'une nouvelle. Ces moyens de défense sont susceptibles d'être classés en moyens *psychiques*, en moyens *symboliques*, en moyens *matériels*.

Les obsédés sont très susceptibles de recevoir des influences suggestives variées, venant du milieu et de l'entourage. Très souvent aussi il serait indiqué de procéder à l'isolement du malade sous une forme appropriée. Malheureusement, on se heurte en pratique à de nombreux obstacles. L'isolement est surtout profitable aux neurasthéniques ou hystériques chez qui la névrose d'angoisse atteint une grande intensité.

La psychothérapie à l'état de veille — entendue dans son sens le plus large — est d'une importance capitale dans le traitement psychique des obsessions. Bien conduite elle amène parfois des guérisons, toujours des améliorations très sensibles. Il faut cependant faire observer que, si la psychothérapie hypnotique est toute-puissante quand elle est applicable, c'est-à-dire chez les hystéri-

ques et les hystéro-neurasthéniques, elle échoue dans les états obsédants constitutionnels, qu'on les envisage comme relevant de la neurasthénie ou de la dégénérescence.

VIII. *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris* (année scolaire 1897-1898) *sur la neurologie et la psychiatrie.*

Abricossoff (Glafira). *L'hystérie aux* XVIIe *et* XVIIIe *siècles* (étude historique). — Aghavnian (Krikoris). *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hémiplégie organique.* — Ameline (Marius). *Energie, entropie, pensée.* Essai de psychophysique générale basée sur la thermodynamique, avec un aperçu sur les variations de l'entropie dans quelques situations mentales. — Amice (Toussaint). *Aphasie traumatique.* — André (Jules). *De la sialorrhée.* — Arondel (Auguste). *Etude sur les hallucinations des moignons.* — Astié (André). *Contribution à l'étude de la névrite amyotrophique des tuberculeux.* — Attal (Joseph). *Des troubles vasomoteurs dans l'hystérie.* — Audureau (Jules). *A propos de quelques tumeurs encéphaliques opérées.*

Baillet (Arsène-Auguste). *Les paralysies urémiques.* — Bakradzé (Marie). *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du pied bot paralytique.* — Ballard (Julien). *Comment meurent les épileptiques.* — Ballet (Victor). *De la paralysie bulbo-spinale asthénique ou symptôme d'Erb.* — Bargy (François). *De l'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement.* — Beigbéder (Félix). *Du délire dans l'érysipèle.* — Bélianine (Mlle Catherine). *Troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile.* — Bloch (Isidore). *Contribution à l'étude de la syringomyélie à type scapulo-huméral.* — Boissou (Pierre). *Etude critique des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow.* — Bonnus (Gaston). *Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich à début tardif.* — Bouchard (Auguste). *Etude sur les bourdonnements et bruits d'oreilles.* — Bourgeois (Fernand). *Contribution à l'étude de la claudication intermittente par oblitération artérielle.* — Bourggraff (Paul). *Contribution à l'étude clinique et pathogénique du syndrome de Basedow.* — Brasiano (Dinn). *Etude sur l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie.* — Brun (Roger). *Contribution à l'étude des sarcomes des nerfs et en particulier des nerfs du membre supérieur.*

Champomier (Alexandre). *De la morphine comme anesthésique en obstétrique.* — Cocard (René). *Symptomatologie des fractures de la base du crâne.* — Cololian (Maksoud-Boghos). *Les alcooliques persécutés.* — Corneille (Fernand). *L'aphasie dans le diabète.* — Courtillier (Léon). *Contribution à l'étiologie et à la pathogénie du pied bot congénital.* — Créhange (Moïse). *Contribution à l'étude de l'hémimélie.* — Czos (Olivier). *De l'électrolyse bipolaire appliquée au traitement des angiomes et des nævi materni.*

Danos (Paul). *Pathogénie des abcès de l'encéphale.* — Dauphin (Léon). *Les causes d'ordre général dans l'étiologie de la paralysie faciale périphérique.* — Decrette (Edouard). *Déformation des narines dans le bec de lièvre.* — Delage (Léon). *De la chorée gravidique.* — Delorme (Lubin-Émile). *Contribution à l'étude de la clinique de la morphinomanie.* — Del Pozo (Octave). *Du traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic à hautes doses.* — Devignevielle (Amédée). *Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux fractures.* — Deyber (René). *Etat actuel de la question de l'amœboisme nerveux.* — Doré. *La mort dans la paralysie générale.* — Dorliat (Alexis). *Contribution à l'étude de la neurasthénie.* — Dubois (Henri). *Des atrophies musculaires d'origine hystérique.* — Dupau (Georges). *Du zona et en particulier du zona facial dans la paralysie générale.* — Duquennoy (Paul). *Sur une forme à début douloureux de la paralysie infantile.*

Edwards (Frédéric). *Contribution à l'étude de la paralysie spinale aiguë de l'adulte et de sa nature.* — Evesque (Joseph). *Paralysies du plexus brachial consécutives aux luxations de l'épaule.*

Fachatte (Raymond). *La puberté et les premiers troubles menstruels.* Étude clinique. — Fauvet (Adolphe). *Du traitement de la neurasthénie par l'isolement.* — Fleury (Pierre). *Contribution à l'étude des hernies épigastriques.* — Foix (Jean). *Des paralysies post-typhiques.* — Fouqueau (Ernest-Paul). *Observations d'accès d'éclampsie puerpérale et traitement.* — François (Eugène). *Etude sur la lypémanie anxieuse.*

Gamblin (Gabriel). *De la tarsalgie dans ses relations avec les troubles du système nerveux.* — Ganault (Ernest). *Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie d'origine organique.* — Gaucher (Fernand). *Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques.* — Gauthier (Ernest). *Des mouvements automatiques rythmiques.* — Gayzal (André). *De l'insomnie dans les affections cardiaques et en particulier de l'insomnie d'origine dyspnéique dans les cardiopathies artérielles.* — Giacometti (Jean). *Valeur séméiologique de l'exagération des réflexes dans le mal de Pott.*

Iscovescu (Maurice). *Contribution à l'étude des idées de jalousie dans le délire alcoolique.*

Jaisson (Félix). *Les psychoses puerpérales.* — Jeunet (François). *Contribution à l'étude du traitement du goitre exophtalmique par la section ou résection du sympathique cervical.*

Kheifetz (Samuel). *Des fausses grossesses et fausses tumeurs hystériques* (grossesses nerveuses, tumeurs fantômes). — Kirkoff (Nicolas). *Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire.*

Lacroix (Joseph). *Traitement de la coqueluche par les inhalations d'oxygène saturées de vapeurs médicamenteuses.* — Lagorse (Joseph).

Diagnostic et traitement de la paralysie spinale infantile par l'électricité. — Landis (Mme Rosa). *Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez l'enfant.* — Legay (René). *Essai sur les rapports de l'organe auditif avec les hallucinations de l'ouïe.* — Lemercier (Albert). *Répression thérapeutique et sociale de l'alcoolisme.* — Leplat (Jean). *Les esquilles pénétrantes dans les fractures du crâne.* Mécanisme, diagnostic et traitement. — Leroy (Eugène-Bernard). *Etude sur l'illusion de fausse reconnaissance* (Identificirende Erinnerungstaenschung de Kraepelin) *chez les aliénés et les sujets normaux.* — Lévy (Paul-Émile). *L'éducation rationnelle de la volonté. Son emploi thérapeutique.* — Liautaud (Julien). *Du délire des actes dans la paralysie générale.* — Lorrain (Maurice). *Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale.* — Lutsgaren (Isidore). *Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie.*

Macé (Georges). *Quelques considérations sur les accès éclamptiques, principalement sur leur diagnostic et leur traitement.* — Machtou (Moïse). *Sur la nature de la sclérodermie.* — Malliotis (Démétrius). *Les troubles visuels graves après les pertes de sang.* — Margoliès (Mme Rebecca), née Kaménetzky. *Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme* (étude pathogénique). — Margouliss (Abraham). *Contribution à l'étude des troubles nerveux dans la tuberculose pulmonaire.* — Martin (Georges). *Etude sur la neurasthénie et l'état mental des neurasthéniques.* — Maynaud (Armand). *La sciatique variqueuse chez les femmes enceintes.* — Meillon (Alfred). *Contribution à l'étude des paralysies du larynx centrale.* — Métais (Abel). *De la recherche du sperme au point de vue médico-légal.* Etude comparative des divers procédés. — Millet (Charles). *L'apophyse mastoïde chez l'enfant. Trépanation, traitement consécutif.* — Montier (Georges). *De la sialorrhée urémique.*

Pasquet (Victor). *Les aliénés dissimulateurs.* — Péchoutre (Ferdinand). *Lésions médullaires dans le tétanos et mécanisme des contractures.* — Penot (Alexandre). *Contribution à l'étude du délire dans la paralysie générale.* — Perrée (Albert). *Etude des rayons de Rœntgen appliqués aux expertises médico-légales.* — Perret (Gaston). *De l'albuminurie des nouveau-nés* (rapports avec l'albuminurie et l'éclampsie maternelles). — Poirier (Georges). *Contribution à l'étude des traumatismes du crâne chez les enfants.* — Pouzin (Athanase). *Du pouls lent permanent et des bruits surajoutés pendant le grand silence.*

Rabaud (Etienne). *Contribution à l'étude des lésions spinales postérieures dans la paralysie générale.* — Rebière-Laborde (Léon). *Contribution à l'étude clinique de la fausse angine de poitrine des hystériques* (deux cas nouveaux). — Rellay (Paul). *Essai sur le traitement de l'épilepsie. Considérations sur quelques cas d'épilepsie traités par la trépanation.* — Rocca (Bernardin). *Du méningisme dans les maladies infectieuses.* — Rodiet (Antony). *L'alcoolisme chez l'en-*

fant, ses causes et ses effets en pathologie mentale. — Rosenthal (Moïse). *De la douleur dans la syringomyélie. Sa valeur comme symptôme initial dans cette affection.* — Rousseau (Louis). *Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du palais.* — Rozier (Victor). *L'épilepsie sénile.*

Samouilson (Léon). *La coexistence de la sclérodermie et des altérations du corps thyroïde.* — Saurel (Georges). *Du pouls lent en général et en particulier dans le surmenage et l'anémie.* — Scharpiro (David). *Etude sur l'épilepsie. Son traitement par la résection du grand sympathique.* — Souleyre (Charles). *Neurasthénie et genitopathies féminines, étude des formes utérines secondaires de la névrose.* — Sterlin (Henri). *Des troubles sensitifs dans la lèpre.* — Sulzer (David). *Contribution à l'étude du zona ophtalmique.* — Sureau (Edmond). *De l'hypotonie musculaire dans le tabes* (sa fréquence). — Szumlanski (Paul). *Un cas d'arthropathie tabétique précoce à forme hypertrophique chez un vieillard.*

Truelle (Victor). *Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires.*

Verger (Martial). *Contribution à l'étude du délire de persécution à évolution systématique.* — Vico (Dominique). *Essai d'étude sur la thérapeutique thyroïdienne.* — Villechauvaix (Jean). *Cervantès, malade et médecin.* — Vivier (Henry). *Sur l'infantilisme.* — Volper (Mlle Raïssa). *Des troubles trophiques dans la lèpre.*

Wetterwald (Félix). *La commotion du labyrinthe.*

L'Administration des *Archives de Neurologie* s'offre à procurer, *dans la mesure du possible*, les thèses ci-dessus à ses *abonnés*.

VARIA.

La maladie de Blaise Pascal ; par le Dr Binet-Sanglé.

Blaise Pascal fut un génie malade, de l'avis de tous ceux qui l'étudièrent. Des critiques de talent, depuis Vict. Cousin jusqu'à M. Havet, et un médecin, relatèrent les divers symptômes qu'il présenta, mais ne purent porter le diagnostic de sa maladie, parce qu'à l'époque où ils écrivaient le syndrome n'en était pas encore classé. Tous les syndromes que présenta Blaise Pascal, la faiblesse générale, la paraplégie transitoire, l'œsophagisme, les troubles digestifs, les algies multiples et variées, céphalalgie continue,

odontalgie à cessation soudaine, gastralgie, entéralgie, la surémotivité, la tristesse chronique, les troubles de la sensibilité psychique, les phobies, les hallucinations, les troubles du jugement et du raisonnement, les altérations périodiques de l'état général, constituent un tableau assez complet de la neurasthénie grave. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899 [1].) E. Blin.

De la pédagogie; par Ley et Sano.

Courte note dans laquelle les auteurs démontrent la nécessité de constituer une science de l'éducation qui devra servir de base aux pédagogues de l'avenir. Dans ce but MM. Ley et Sano réclament la création de laboratoires destinés à permettre les études de pédométrie, de physiologie, de psychologie, etc., pouvant contribuer à la connaissance plus complète de l'enfant. Ils insistent en outre sur la nécessité d'étudier parallèlement les enfants normaux et les enfants anormaux [2] et proposent d'annexer aux établissements d'instruction des écoles spéciales pour les enfants arriérés.

Les premières écoles de ce genre ont été organisées en Allemagne, puis en Suède, en Danemark, en Angleterre, aux Etats-Unis d'Amérique, en Belgique, en Australie. « En France il n'existe que des asiles pour les idiots et on ne peut regretter, ajoutent les auteurs, de voir les vaillants efforts faits depuis plusieurs années par Bourneville, dans le but d'obtenir la création d'écoles spéciales, avoir aussi peu de succès [3]. » (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 9.) G. Deny.

Société de Neurologie.

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, le 8 juin 1899. Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux. Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), à la Faculté de médecine de Paris, salle des Thèses, n° 2, à neuf heures et demie du matin. Des communications et

[1] Voir : Lélut, *L'Amulette de Pascal*.

[2] C'est ce que nous avions voulu faire à l'Orphelinat Prévost, à Cempuis et ce qui nous a valu des accusations aussi violentes qu'injustifiées de la part des réactionnaires cléricaux du Conseil municipal de Paris et de leurs journaux. (B.).

[3] Voir aux annonces : *Lettre à M. Ch. Dupuy, sur la création de classes spéciales pour les enfants arriérés*.

présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société.

Des communications et présentations de malades ou de pièces peuvent être faites par des personnes étrangères à la Société; elles doivent être annoncées au moins huit jours à l'avance au bureau qui donne, s'il y a lieu, l'autorisation nécessaire. La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure; sa longueur ne peut dépasser une page d'impression. La *Revue neurologique*, organe officiel de la Société, publie le 15 de chaque mois les bulletins des séances.

Composition du bureau. — Président : M. Joffroy; vice-président : M. Raymond; secrétaire général : M. Pierre-Marie; secrétaire des séances : M. Henry Meige; trésorier : M. Souques.

Membres titulaires fondateurs. — MM. Achard, Babinski, Ballet, Brissaud, Dejerine, Dupré (E.), Gilles de la Tourette, Gombault, Klippel, Parinaud, Parmentier, Paul Richer[1].

FAITS DIVERS.

Les aliénés en liberté. — Sous ce titre : *Un fou meurtrier*, l'*Aurore* du 2 juin publie ce fait :

« Depuis quelque temps, M. Honoré Parisot donnait des signes non équivoques d'aliénation mentale. Pour se soustraire à ses violences, sa maîtresse, Marie Raclot, l'abandonna pour aller habiter 29, rue des Prairies. Dans la soirée d'hier il la rencontra rue Le Bua et lui offrit un bock. Au moment où elle s'asseyait, Parisot saisit une paire de ciseaux et l'en frappa au sein gauche. La malheureuse a été transportée à l'hôpital Tenon. Le fou-meurtrier, désarmé aussitôt, a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. »

— La cour d'assises de Riom a jugé hier l'affaire du meurtre commis à l'école normale sur l'élève Quinty par l'élève Vacher. Presque tous les témoins étaient des professeurs ou des élèves de l'école. Ils ont tous défendu Vacher. M. Sicard, avocat, a plaidé l'*irresponsabilité* de son client et a prétendu que le meurtre était dû à une *crise épileptiforme*. Le jury a rendu un verdict affirmatif seulement sur la question de coups et blessures. En conséquence, Vacher a été condamné à deux ans de prison. (*Le Soleil* du

[1] Voir le Compte rendu de la première séance à la page 155 du numéro d'août.

2 juin 1899.) — Voilà encore un malheureux malade, aliéné méconnu, qui n'aurait pas dû être condamné et envoyé en *prison*, mais placé dans un *asile* et soigné.

— On a trouvé pendu ce matin, dans sa chambre, un boulanger de la place du Peyrou, à Toulouse, nommé Jonquières, âgé de trente-huit ans ; le malheureux était atteint de la monomanie de la persécution. (*Petit Parisien.*)

— Un employé des ponts et chaussées de Fontenay, le nommé Eugène Le Bolay, âgé de vingt-trois ans, se trouvant à la Roche-sur-Yon, chez Mme veuve Niveau, sa grand'mère, rentière rue de Nantes, a tenté de se donner la mort en s'ouvrant la gorge avec un rasoir. Le malheureux, qui est atteint d'*aliénation mentale*, croit être une victime de l'affaire Dreyfus et que les gendarmes vont venir l'arrêter. Son état est très grave. (*Petit Parisien* du 15 août.)

L'alcool. — On nous mande de Pau qu'un ancien préposé des douanes nommé Pierre Busson, retiré à Baigorry, après avoir, dans un *accès d'alcoolisme*, essayé de tuer diverses personnes, notamment sa sœur, un garde des bois de M. D. Abdadie et la propriétaire du jeu de paume, avait été désarmé par la gendarmerie. Relâché, il s'empara du couteau d'une vieille mendiante, la tua et blessa sa sœur et une voisine. Il se porta ensuite un coup à la gorge, puis se jeta dans la Nive. Les gendarmes purent s'emparer de lui et le mettre en lieu sûr. (*Le Temps* du 12 juin 1899.)

— Un loueur de voitures de Quimper, le nommé Jean Rival, âgé de cinquante-cinq ans, demeurant avenue de la Gare, s'est suicidé en absorbant de l'arsenic ; cet homme était *alcoolique*. (*Petit Parisien*, 11 août.)

— *L'incendie de Marcillac.* — La femme Veilleraud est maintenue en état d'arrestation. *Alcoolique incorrigible*, elle aurait, paraît-il, commis son crime dans un moment d'*ébriété*. (*La Petite Gironde*, 14 août.)

— Sous ce titre : *L'Affaire du boulevard Ornano*, le *Petit Parisien* du 21 août publie le fait suivant :

« Dans l'après-midi d'hier, vers une heure, le gardien de la paix Charles Grandjean, du dix-huitième arrondissement, était requis par le chef de gare de la station du boulevard Ornano pour procéder à l'expulsion d'un individu qui causait du scandale dans la gare. L'agent se trouva en présence d'un ouvrier terrassier que l'*ivresse* rendait furieux, et il fut accueilli par des coups de pied et de poing. Plusieurs personnes ayant pris parti pour l'ivrogne, la foule s'amassa, et le gardien de la paix dut se réfugier dans une salle de la gare, tandis qu'au dehors plus de six cents personnes proféraient contre lui des menaces de mort. Attirés par la

rumeur publique, le sous-brigadier Bouchez et les agents Zorzi, Thévenin et Enocq accoururent, mais ce ne fut qu'après une lutte terrible qu'ils purent s'emparer de l'ivrogne, le ligoter et le conduire au poste de la rue du Mont-Cenis. Les représentants de la police ont tous été très malmenés ; mais l'état de Grandjean, qui a dû interrompre son service, est le plus grave. L'ouvrier arrêté n'a pas voulu faire connaître son identité. Il s'est contenté de déclarer à M. Carpin, qui a procédé à son interrogatoire, que ce n'était pas la première fois qu'il « décollait » un agent. Le coupable a été écroué au Dépôt.

ERRATUM. — Page 124, ligne 30 au lieu de *l'opération*, il faut lire l'AMÉLIORATION.

CHAGNON (E.-P.) et VILLENEUVE. — *Aliénés méconnus et condamnés.* — Brochure in-8° de 11 pages. — Montréal, 1899. — G. Senécal et Cie.

CLERICI (A.) ed MEDIA (E.). — *La malattia di Parkinson e l'eredofamiliarità.* — Brochure in-8° de 23 pages. — Milano, 1899. — Tamburini et Cie.

DONATH (J.) und HÜLTL. — *Ein Fall von Neurologia spermatica. Résection des Nervus lumbo-inguinalis und Nervus spermaticus externus.* — Brochure in-8° de 9 pages. — Wien und Leipzig, 1898. — W. Braumüller.

TANZI (E.). — *Il misticismo nelle Religioni, nell' arte e nella pazzia.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Firenze, 1899. — Chez l'auteur.

TANZI (E.). — *Sui rapporti della cerebroplegia infantile con l'idiozia.* — Brochure in-8° de 24 pages. — Florence, 1899. — Chez l'auteur.

TANZI (E.). — *Due casi d'idiozia mixedematosa.* — Brochure in-8° de 10 pages, avec 4 figures. — Firenze, 1899. — Chez l'auteur.

THOMSON (J.) et WELSH (A.). — *A case of general paralysis of the insane in a child.* — Brochure in-8° de 7 pages, avec une planche hors texte. — London, 1899. — *British Medical Journal.*

WILLIAMSON (R.-T.). — *Syphilitic diseases of the spinal cord.* — Volume in-8°, cartonné, de 127 pages, avec 10 figures et 4 planches hors texte. — Manchester, 1899. — Librairie Sherratt and Hughes.

ZUCCARELLI (A.). — *Gli nomini di genio e la loro biografia clinica.* — Brochure in-16 de 30 pages. — Napoli, 1898. — Tipografia Melfi e Joele

---

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le 28 JUILLET M. H. DURAND n'a plus aucune fonction au* **Progrès Médical**. *Il est remplacé par M. Aimé* ***ROUZAUD*** *qui est chargé exclusivement des* **annonces** *et de la partie administrative.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux. Ch. Hérissey, imp. — 999

Vol. VIII. Octobre 1899. N° 46

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

RELATION D'UN CAS DE CONFUSION MENTALE POST-OPÉRATOIRE;

Par le Dr FENAYROU,
Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Limoges.

Malgré les nombreux travaux qui ont été consacrés en ces dernières années à l'étude des troubles psychiques post-opératoires, et les discussions importantes dont elle a été l'objet en 1898 à la *Société de Chirurgie* et au *Congrès des médecins aliénistes* d'Angers, l'accord est loin d'être fait entre les auteurs sur cette question. Les divergences d'idées portent non seulement sur l'étiologie et la symptomatologie de ces désordres cérébraux, mais encore sur le sens précis qu'il faut attribuer à l'expression de troubles psychiques post-opératoires, et, par suite, sur la constitution de ce groupe d'affections mentales. Trois opinions principales sont en présence : d'une part, M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris et des asiles d'aliénés du département de la Seine [1], éliminant les délires d'origine médicale, les délires toxiques (délire alcoolique), les délires par intoxication médicamenteuse, et les délires dus à une intoxication septicémique, survenus à la suite d'opérations chirurgicales, et qu'il désigne sous le nom de faux délires post-opératoires, n'admet, comme psychoses post-opératoires véritables, que

[1] Dr L. Picqué. *Du délire psychique post-opératoire.* (Communication à la *Société de Chirurgie.* Séance du 1er mars 1893.)

les cas dans lesquels le délire ne relève d'aucune des causes déjà citées, et « survient sans fièvre chez des sujets qui ne sont ni des malades ni des intoxiqués ».

D'après lui, dans ces derniers cas les troubles cérébraux se manifestent sous la forme d'états d'excitation ou de dépression. Les premiers de ces états apparaissent avec une fréquence spéciale chez les enfants, les vieillards, les hystériques, et surtout chez les malades atteints de prédisposition héréditaire; ils peuvent être engendrés par toutes les opérations chirurgicales, même les plus simples. Quant aux états de dépression, surtout fréquents chez les héréditaires et les prédisposés, ils ne sont guère observés qu'à la suite de certaines opérations déprimantes, telles que les amputations, la castration, l'opération du varicocèle ayant entraîné l'atrophie du testicule, la taille hypogastrique, l'établissement d'un anus contre nature, etc.

M. le Dr Régis [1], au contraire, distingue, dans l'ensemble des troubles psychiques post-opératoires, deux ordres de faits : 1° les troubles psychiques survenant à l'occasion d'une opération; 2° les troubles psychiques relevant, comme cause fondamentale, de l'opération. Selon lui, les derniers, seuls, doivent être retenus comme troubles psychiques post-opératoires; les autres sont des folies communes, des vésanies, dues à la prédisposition, et n'ayant de commun avec l'opération que la coïncidence. Contrairement à ce qui existe pour ces vésanies qui affectent nécessairement une forme quelconque, les vrais troubles psychiques post-opératoires répondent à un même type clinique : la confusion mentale. Sur ce fond de confusion mentale survient très fréquemment un état délirant qui se présente avec tous les caractères de ce que M. Régis appelle le délire onirique, et qu'il croit caractéristique d'une intoxication endogène ou exogène.

Cet auteur classe les troubles psychiques post-opératoires en trois groupes : 1° les troubles psychiques immédiats, qui surviennent aussitôt après l'opération, et qui paraissent dus à l'intoxication chloroformique agissant à la faveur du shock; 2° les troubles psychiques secondaires, qui éclatent du deuxième au dixième jour, et qui sont dus soit à la septicé-

[1] Dr Régis. *Les troubles psychiques post-opératoires.* (Discussion au *Congrès des médecins aliénistes.* Angers 1898. — Compte rendu in *La Presse médicale,* 6 août 1898.)

mie ou à une infection accidentelle, soit à une auto-intoxication déjà existante, ou réalisés chez certains individus moins résistants par le shock opératoire : ce sont les plus nombreux et les plus typiques; 3° les troubles psychiques tardifs, qui n'apparaissent que plusieurs semaines après l'opération, et que M. Régis attribue à l'asthénie de l'organisme produite par diverses causes, telles que la débilitation progressive, la cachexie, la fièvre, à des pansements longtemps prolongés, surtout à l'iodoforme, ou à la suppression d'un organe à sécrétion interne tel que le corps thyroïde ou l'ovaire. Les troubles psychiques post-opératoires sont donc, dans tous les cas, d'après M. Régis, dus à un trouble de nutrition ou à une intoxication de l'organisme.

Enfin, d'après une autre opinion, soutenue par M. le professeur Joffroy et par M. le Dr Rayneau[1], auteur du rapport si documenté présenté au Congrès d'Angers, « il n'existe point un type spécial de psychose que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire. Les troubles psychiques post-opératoires présentent les symptômes les plus divers ». Ils sont le résultat de l'action combinée d'une série de causes d'ordre psychique ou physique sur des sujets prédisposés. L'action pathogène de ces causes n'est d'ailleurs pas fatale, et la constatation des groupements étiologiques, d'ordinaire les plus puissants, ne permet pas de prédire avec certitude l'éclosion de la folie post-opératoire. A plus forte raison ne permet-elle pas de « prévoir quelle serait la nature du délire, la forme et la durée des accidents ».

En outre de ces différences essentielles que nous venons de signaler dans la façon de concevoir les troubles psychiques post-opératoires, on relève encore bien des divergences d'opinion entre les aliénistes, sur ce sujet en général, et surtout sur l'importance relative des divers facteurs susceptibles d'être incriminés dans la pathogénie de ces désordres cérébraux. M. Rayneau les a relatées, en détail, dans son remarquable travail.

[1] Dr Rayneau. *Les troubles psychiques post-opératoires.* (Rapport au *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.* Angers, 1898.) — Professeur Joffroy. *Troubles psychiques post-opératoires.* (Leçon clinique publiée dans *La Presse médicale,* 19 mars 1898.) *Troubles psychiques post-opératoires.* (Discussion au *Congrès des médecins aliénistes.* Angers, 1898.)

Seule, la clinique peut trancher définitivement la question. Mais il est indispensable que les observations choisies comme base d'appréciation, soient aussi précises et aussi complètes que possible, et contiennent non seulement l'exposé des troubles délirants actuels, mais encore celui des antécédents héréditaires et personnels des malades, et de toutes les particularités qui ont pu jouer un rôle dans l'étiologie de ces accidents. Or, parmi la multitude des cas de troubles psychiques post-opératoires qui ont été publiés, il en est un grand nombre qui n'ont pas toute la précision de détails désirable et qui, pour ce motif doivent être éliminés. Aussi n'est-il peut-être pas inutile de relater de nouvelles observations. C'est ce qui nous a décidé à rapporter ici le cas suivant :

Observation. — Sommaire : *Ligature de l'artère axillaire chez un sujet prédisposé à la folie par une hérédité alcoolique et vésanique et par une intoxication éthylique ancienne. — Infection de la plaie opératoire. — Septicémie. — Apparition des troubles mentaux huit jours après l'opération. — Confusion mentale avec délire onirique et alternatives irrégulières d'excitation et de dépression. — Au bout de huit mois, amélioration progressive. — Troubles de la mémoire. — Guérison sans affaiblissement intellectuel.*

C... (Jean), soixante ans, colporteur, est entré à l'asile d'aliénés de Naugeat, le 6 avril 1898.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort d'une affection pulmonaire, à un âge assez avancé ; au cours de son existence, il avait fait de sérieux excès de boisson, mais jamais il n'avait présenté de troubles mentaux. — La mère, décédée par suite d'une affection cardiaque, a toujours joui de la plénitude de ses facultés. — C... a eu deux frères, dont l'un est mort en bas âge, et l'autre a succombé à l'âge de vingt-six ans, par suite de tuberculose pulmonaire. — Une tante du côté maternel, décédée à un âge très avancé, a été atteinte d'aliénation mentale pendant les dix ou quinze dernières années de sa vie. Nous ignorons quelle forme ont revêtu les troubles mentaux signalés chez cette parente de notre malade.

Antécédents personnels. — C... a toujours eu une excellente santé. Doué d'une intelligence moyenne, il s'est montré toute sa vie très insouciant. Ami de la gaieté, ne songeant qu'à passer tranquillement le présent, sans se préoccuper de l'avenir, il a accepté aussi philosophiquement que possible les rares événements malheureux qui se sont produits pendant son existence.

Il a fait sept ans de service militaire en France ; pendant cette période, il a mené joyeuse vie : il reconnaît qu'il a beaucoup bu et qu'il s'est livré à quelques excès génésiques; mais il affirme qu'il n'a pas contracté de maladie vénérienne.

Pendant quinze ans, C... a été employé en qualité d'infirmier et de sous-surveillant à l'asile de Naugeat. Bien que l'exercice de ces fonctions ne lui eût pas absolument fait perdre l'habitude de boire d'une façon excessive, il accomplit son service dans des conditions assez satisfaisantes, jusqu'au jour où une faute grave le fit renvoyer de l'établissement.

Il se trouva alors brusquement sans ressources et sans emploi, obligé de chercher un moyen de subvenir à son existence et à celle de son fils. La perspective de tomber dans une profonde misère ne troubla pas un seul instant la tranquillité de son esprit. Son seul souci fut de trouver un métier qui lui permît de gagner quelque argent en conservant son indépendance et sa liberté. Il se fit colporteur, et, quoique les bénéfices qu'il retirait de ses ventes fussent des plus minimes, il se trouva toujours, en cette situation, le plus heureux des hommes. Il ne regretta qu'une chose : c'est que l'insuffisance de ses ressources l'empêchât presque toujours d'abuser, et parfois même d'user des boissons alcooliques.

Au commencement de l'année 1898, C... remarqua qu'une grosseur apparaissait au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle gauche, en un point comprimé habituellement par la courroie soutenant la boîte dans laquelle étaient renfermées ses marchandises. En même temps que se développait cette grosseur, il ressentait des fourmillements dans le bras, et éprouvait une difficulté croissante à mouvoir ce membre. Il dut cesser son travail; puis, le volume de la tumeur s'étant accru dans de très notables proportions, il se décida, à la fin du mois de février 1898, à entrer à l'hôpital de Limoges. Là, il fut reconnu atteint d'un anévrysme de l'artère axillaire, et la ligature de ce vaisseau fut jugée nécessaire. Le malade accepta docilement les conseils du chirurgien, et ne fit aucune difficulté pour se soumettre à l'opération qui lui fut proposée. Son insouciance habituelle se manifesta encore en cette circonstance; il ne se préoccupa pour ainsi dire pas des conséquences fâcheuses que cette affection et l'intervention chirurgicale nécessitée par elle, pouvaient avoir pour un malheureux obligé, comme lui, de travailler pour gagner sa vie. La perspective de l'opération ne l'effraya nullement, et, le moment venu « il se mit, dit-il, sur la table d'opération, comme il se serait couché sur son lit pour se reposer après une grande fatigue ». La ligature de l'axillaire fut pratiquée au commencement du mois de mars. Pendant les premiers jours qui la suivirent, l'état mental de C... n'attira nullement l'attention; sa santé générale, au contraire, fut très sérieusement compromise; en effet, la plaie opératoire s'in-

fecta, une fièvre intense apparut, et le malade présenta les signes ordinaires d'une septicémie aiguë.

Huit jours environ après l'opération, l'entourage de C... commença à observer en lui des signes dénotant une légère altération de ses facultés mentales. Plus impressionnable que de coutume, il manifestait une émotivité anormale et, parfois, une véritable sensiblerie; par intervalles, il prononçait des phrases bizarres ou même vides de sens. Il ne semblait pas toujours se rendre bien compte de ses actions, et certaines d'entre elles étaient empreintes d'un cachet d'automatisme manifeste. Ses propos, ses gestes même, semblaient, par moments, indiquer l'existence d'illusions ou d'hallucinations de la vue. C'est ainsi qu'un jour, il dit à son fils, au cours d'une visite de ce dernier : « Regarde là-bas ces gens qu'on écorche ; en voici qu'on électrise », tandis qu'il n'y avait dans la salle qu'un seul malade fort calme à qui on faisait un pansement. En même temps que ces symptômes psychiques se développaient, les troubles somatiques persistaient, au point de compromettre même l'existence de C...; la fièvre était très prononcée, les forces déclinaient rapidement, et un refus obstiné des aliments et des médicaments aggravait encore la situation.

L'intensité des désordres cérébraux s'accrut graduellement. La désorientation d'esprit déjà signalée chez C..., devint complète et se manifesta par une incohérence absolue des propos et par des actes désordonnés, accomplis sans but, avec une inconscience évidente. Quoique très fatigué, épuisé par la fièvre et par une abstinence prolongée, sinon absolue, il se levait parfois, courait d'un lit à l'autre, se déshabillait, et errait nu dans le dortoir, incapable de retrouver sa place sans le secours des infirmiers ou de ses voisins. Il ne semblait pas se rendre compte de l'endroit où il était et du temps qui s'était écoulé depuis son entrée à l'hôpital; il ne reconnaissait pas son entourage. Les illusions sensorielles et les hallucinations persistaient, mais ne paraissaient pas de nature terrifiante.

Dans les derniers jours du mois de mars, l'état physique s'améliora sensiblement; la cicatrisation de la plaie fit de notables progrès. et la fièvre diminua; mais C..., qui jusqu'alors avait été assez calme, fut pris d'une vive excitation. Ses actes extravagants, sa loquacité, sa turbulence diurne et nocturne, ne tardèrent pas à nécessiter son admission à l'asile de Naugeat.

6 *avril* 1898. — A son entrée dans cet établissement, l'état physique de notre malade attire tout d'abord notre attention; extrêmement amaigri, le teint pâle, terreux même, C... est dans un état de faiblesse tel qu'un dénouement fatal nous paraît imminent. Le pouls est très rapide; on compte 116 pulsations par minute; la langue est sèche et rôtie, mais il n'y a pas d'élévation de température. L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit anormal; il

existe, cependant, une légère exagération du retentissement du second bruit à la base. Les artères radiales et fémorales ne semblent pas sclérosées. — Les urines ne renferment pas d'albumine.

La plaie opératoire est à peu près cicatrisée; cependant, il persiste une fistule par laquelle s'écoule encore une assez grande quantité de pus. Le membre opéré est considérablement œdématié; la température en est sensiblement inférieure à celle du membre sain, ses téguments sont violacés, cyanosés; sa sensibilité est considérablement émoussée, mais le malade y ressent fréquemment des fourmillements, et parfois même de vives douleurs spontanées. Les mouvements du membre et en particulier ceux de l'articulation de l'épaule sont très limités et très douloureux.

Dans la sphère psychique, les troubles ne sont pas moins accentués. Un élément semble prédominer dans l'état mental du malade : c'est la confusion des idées. C... parle presque continuellement; ses propos ne sont qu'une suite de divagations incohérentes formées par un assemblage de mots ou de membres de phrases sans aucun rapport les uns avec les autres. Il s'exprime le plus souvent sur un ton invariable, entrecoupant fréquemment ses paroles de quelques instants de repos. De temps à autre, il élève la voix, et pousse des exclamations dont il est difficile de saisir la signification; ou bien il chante d'une façon monotone, ou plutôt il psalmodie les mêmes incohérences.

Au milieu de ses divagations, nous relevons les phrases suivantes : « Des machines me poursuivent... J'ai tout perdu »; seuls indices de l'existence d'un délire mélancolique et d'hallucinations terrifiantes.

L'attitude, la physionomie du malade sont assez mobiles; habituellement dépourvu d'expression, son regard s'anime lors des paroxysmes de l'agitation. Souvent, cette exaltation, qui s'accompagne d'ordinaire d'une gaieté bruyante, fait place, sans transition, à une grande dépression se traduisant par une attitude triste et même par des pleurs. Les larmes et le rire se succèdent chez lui avec une extrême facilité.

Ses actes sont, pour la plupart, empreints d'un cachet d'indifférence très marqué. C... fait des gèstes bizarres qui paraissent dépourvus de toute signification; il se couche dans les positions les plus anormales, et, parfois, se place si près du bord du lit qu'il lui arrive de perdre l'équilibre, et de tomber sur le sol; après sa chute, il paraît tout étonné de se voir étendu sur le parquet. Lorsqu'on le laisse seul, il se lève et, machinalement, sans aucun but, se promène dans le dortoir; puis, incapable de reconnaître son lit, il se couche à la place d'un autre malade. En un mot, il a absolument les allures d'un automate.

Il paraît, d'une façon générale, étranger au monde extérieur, et ne prête que par intervalles une attention vague et fugitive à ce

qui se passe autour de lui. Toute l'attention dont il est capable, est absorbée par ses idées délirantes et ses hallucinations, encore que les unes et les autres ne soient ni très actives, ni même nombreuses. Ce n'est qu'avec peine que l'on parvient à le tirer pour quelques instants de ses rêveries, et à provoquer une réaction en rapport avec les excitations que l'on fait agir sur lui. Lorsqu'on l'interroge, il est nécessaire de répéter plusieurs fois la même question pour obtenir une réponse. Il faut, par l'intonation ou le geste, stimuler énergiquement le malade pour réveiller son esprit engourdi. La lenteur avec laquelle s'effectue le travail cérébral est attestée par les longues hésitations qui précèdent chaque réponse; la recherche de la solution attendue nécessite de la part du sujet un effort considérable, mais encore souvent insuffisant.

C... éprouve de grandes difficultés à rappeler ses souvenirs; certains d'entre eux paraissent réellement éteints, mais la plupart persistent, plus ou moins vagues et incertains, il est vrai. C'est ainsi qu'il est tout d'abord incapable de nous dire son âge; puis il soutient qu'il a soixante-quatorze ans, et enfin il parvient à trouver son âge véritable qui est de soixante ans. Alors qu'il a habité l'asile de Naugeat pendant quinze ans et qu'il en connaît très bien toutes les parties, il ne reconnaît pas le lieu où il se trouve; d'après ses réponses, il est manifeste qu'il se croit à l'hôpital de Limoges; cependant, quelques instants après, il prononce quelques paroles prouvant qu'il comprend où il est. Il confond les personnes, et ne semble pas reconnaître ses anciens camarades. Le jour de son entrée, il fait beaucoup de difficultés pour s'alimenter. Il ne dort pas, malgré l'absorption de deux grammes de chloral.

22 *avril.* — L'état du malade ne s'est pas sensiblement modifié. La confusion des idées persiste avec des alternatives irrégulières d'excitation et de dépression. On ne distingue pas l'existence de conceptions délirantes systématisées. Si quelques idées de persécution se manifestent, à un moment donné, elles n'ont aucune consistance, et sont tout à fait fugitives. Quant aux hallucinations, elles paraissent en général dépourvues du caractère terrifiant qu'elles ont, d'ordinaire, dans la confusion mentale. Ces constatations, faites pendant la période aiguë de la maladie, ont été confirmées par les explications fournies par C... après sa guérison.

Le désordre des actes est toujours aussi accentué, l'insomnie résiste aux hypnotiques prescrits quotidiennement. Le malade se lève presque tous les jours, mais, à raison de sa faiblesse, il est obligé de se recoucher au bout de quelques instants. Il s'alimente d'une façon assez irrégulière ; cependant, il absorbe assez de nourriture pour qu'on puisse se dispenser de recourir au cathétérisme œsophagien.

L'état physique s'améliore lentement; la plaie de l'aisselle con-

tinue à suppurer, mais la quantité de pus qu'elle donne, a sensiblement diminué. Le teint reste pâle ; le pouls est toujours précipité ; la température est normale.

21 *mai.* — Pas de changement appréciable, ainsi que l'atteste la conversation que j'ai eue aujourd'hui avec C... et dont voici quelques fragments, textuellement reproduits (Les séries de points indiquent les pauses faites par le malade) :

D. Y a-t-il longtemps que vous êtes ici ?

R. ... Plafond... Je vous la laisse... Blanc, noir... non... mais c'est oui... Ri... fixe... arme... Non... toujours non... S... au pluriel... se... en face, portez armes... Pas... (long silence)... Oh ! je sais votre nom... D'où êtes-vous ? Il fait beau (Accès de rire)... du côté que vous voudrez, écrivez, fixez... en face, bien en face... tour, tourillon, rien.

D. Comment allez-vous ?

R. ... Près de moi... vous faites besoin... non... ah ! oui... bien heureux... malheureux, mais obligé... Touchez-moi, s'il vous plaît (Pleurs pendant une à deux minutes suivis d'éclats de rire subits).

D. Où êtes-vous ? — R. Fermez... (Éclats de rire)... nous ne pouvons pas.

D. N'avez-vous pas habité Naugeat autrefois ? — J'y suis revenu.

D. Comprenez-vous ce que je vous dis ? — R. . . (Long silence)... J'entends... (Il marmotte ensuite quelques mots inintelligibles, et se met à faire des gestes ; il joint les mains, puis remue les doigts, et enfin se croise les bras. Sa physionomie est extrêmement mobile.)

D. Connaissez-vous M. X... ? (fonctionnaire de l'asile qu'il a connu jadis). — R. ... Oui... j'irais chez lui d ici là.

D. Avez-vous quelques ressources ? — R. ... Je n'ai rien... absolument rien. (Exact.)

D. Depuis quand êtes-vous ici ? — R. ... (Longue hésitation)... Je n'en sais rien.

D. N'avez-vous pas subi une opération ? — R. ... On m'en a fait plusieurs.

D. Quel âge avez-vous ? — R. Quatre-vingt-dix-neuf ans.

Je renouvelle cette question, mais j'obtiens invariablement la même réponse ; quelques instants après, cependant, C... me dit l'année exacte de sa naissance. Il est donc manifeste que l'état mental n'a guère changé ; la désorientation d'esprit et l'engourdissement de l'intelligence sont toujours très marquées ; on constate aussi les mêmes gesticulations bizarres et les mêmes actes automatiques, sans but apparent. C... paraît la plupart du temps, ne pas avoir conscience de sa situation ; en diverses circonstances, cependant, il a prouvé que, non seulement il n'était pas tout à fait étranger à ce qui l'entourait, comme on pouvait le soupçonner, mais encore que, dans une certaine mesure, il se rendait compte

de sa position, et que son esprit était exceptionnellement capable de fonctionner dans des conditions, sinon normales, du moins assez satisfaisantes. C'est ainsi qu'il lui est arrivé à plusieurs reprises de sortir spontanément de ses rêvasseries habituelles pour donner aux infirmiers des conseils très sensés sur les mesures provisoires à prendre à l'égard de malades devenus subitement agités ou violents.

La confusion des personnes existe toujours ; C... prend un des infirmiers pour un autre employé de l'asile, son ancien camarade de travail et de fête, et donne aux autres personnes, dont plusieurs étaient bien connues de lui autrefois, des noms de son invention.

Sur ce fond invariable de confusion mentale se greffent des accès d'excitation et de dépression qui se succèdent à des intervalles très courts. Ces accès ont pour principaux caractères, leur apparition et leur disparition soudaines ; leur durée est essentiellement variable : tantôt ils ne persistent que quelques instants; tantôt ils se prolongent pendant plusieurs heures ou même des journées entières. L'excitation est généralement prédominante. L'existence de ces accès parait subordonnée à celle d'hallucinations visuelles et auditives plus ou moins actives, entretenant un véritable délire onirique. C... a, du reste, après sa guérison, comparé spontanément à un rêve l'état dans lequel il se trouvait alors.

A cause de sa faiblesse encore très grande, C... reste couché presque continuellement; il se découvre fréquemment, est malpropre, crache sur les couvertures, renverse sur les draps la plus grande partie des aliments qu'on lui présente. Il fait beaucoup de difficultés pour manger. Les hypnotiques qui lui sont prescrits, ne produisent pas d'effets appréciables, et le sommeil continue à être rare.

Depuis quelques jours, le malade est atteint d'une légère bronchite, et présente des signes de congestion aux bases des poumons, conséquence probable de refroidissements qu'il a contractés en se découvrant dans son lit et en se promenant dans le dortoir dans un costume des plus sommaires.

Malgré cette affection incidente, qui, du reste, parait bénigne, l'état général tend à s'améliorer ; C... recouvre ses forces lentement, mais d'une façon régulière; il est toujours très amaigri; son teint reste pâle. Aujourd'hui, à quatre heures du soir, le pouls bat 95 pulsations par minute. — La plaie de la région axillaire est à peu près cicatrisée, et ne donne que quelques gouttes de pus.

Juin. — L'état mental ne subit aucune modification. L'amélioration de la santé générale se maintient et s'accentue. La plaie opératoire est complètement guérie à la fin du mois.

Juillet. — La confusion des idées persiste avec la même netteté.

On n'observe plus de dépression; l'excitation est encore très fréquente, mais semble avoir une tendance à décroître; cependant, le malade est toujours bruyant la nuit. Mauvaise tenue. Malpropreté.

Amélioration de l'état physique; le malade se nourrit bien; l'amaigrissement diminue. Impotence fonctionnelle à peu près absolue du bras gauche. Œdème très accentué. Apparition d'ulcérations au niveau de la face palmaire des phalangettes des quatrième et cinquième doigts, sans tendance à la réparation.

Septembre. — Le seul changement qui se soit produit, en ces derniers temps, dans l'état du malade, consiste en une diminution très notable des hallucinations et de l'excitation qu'elles entretenaient. La désorientation de l'esprit persiste avec les mêmes caractères; elle est entrecoupée, cependant, de quelques instants de lucidité relative. — L'état physique s'améliore de jour en jour. Les ulcérations des doigts sont cicatrisées; l'œdème du membre supérieur gauche est toujours très accusé.

Octobre. — Les facultés intellectuelles semblent sortir de la torpeur dans laquelle elles sont plongées depuis plusieurs mois. Le malade se rend mieux compte de sa situation d'une façon générale. Les propos sont le plus souvent incohérents, mais les moments de lucidité tendent à devenir plus fréquents et plus prolongés. C... répond sensément à quelques questions, ou bien il y répond par des jeux de mots ou des phrases à double sens, attestant qu'il comprend bien ce qu'on lui dit (Il est à noter que, de tout temps, le malade a eu coutume de faire des calembours et de tenir des propos plaisants). Ce réveil de l'intelligence s'accentue graduellement pendant les mois suivants. C... s'intéresse tous les jours davantage à ce qui se passe auprès de lui; il commence à se préoccuper de sa position. Ses propos deviennent de plus en plus sensés, ses actes plus raisonnables.

Décembre. — A la fin du mois de décembre, la confusion des idées a à peu près disparu, mais il existe encore une certaine obnubilation intellectuelle et une lenteur anormale de l'idéation. C... s'exprime raisonnablement; il fait beaucoup de jeux de mots, comme avant sa maladie. Toute trace de délire s'est évanouie; aucun symptôme n'indique plus l'existence d'hallucinations et d'illusions sensorielles. Le malade ne commet plus d'erreurs de personnalité; il a assez nettement conscience de sa situation actuelle, et a recouvré la notion exacte du temps et des lieux. Mais il est facile de constater qu'il y a, dans sa mémoire, d'importantes lacunes; l'étendue de ces dernières ne peut guère, en l'état actuel, être déterminée avec précision, à cause de l'obtusion mentale qui persiste encore. Il semble cependant que le malade a conservé le souvenir très exact de sa vie, jusqu'au jour où il a subi la ligature de l'axillaire; l'amnésie ne porte que sur les événements qui ont

suivi l'opération; elle paraît être absolue pour certains d'entre eux, partielle seulement pour d'autres.

21 *janvier*. — L'amélioration, constatée précédemment, s'est accentuée d'une façon progressive, et le malade peut aujourd'hui être considéré comme guéri de son accès de confusion mentale. La crise, qui vient de se terminer, n'a laissé aucune trace fâcheuse dans son organisation cérébrale, il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel appréciable.

C... se rend compte, depuis quelque temps, qu'il a été atteint de folie. Il n'a eu tout d'abord que vaguement conscience de sa situation présente, et n'a entrevu que d'une façon très indistincte le tableau de l'ensemble des faits qui se sont écoulés pendant cette période de trouble cérébral. Peu à peu, en même temps que son intelligence recouvrait son ancienne vigueur, et que le travail de la pensée devenait de plus en plus facile, son état actuel lui est apparu plus nettement, et ses souvenirs se sont étendus et précisés. Mais cette précision est encore bien loin d'être parfaite. Les faits les plus récents sont, d'une façon générale, ceux dont il a conservé la notion la plus exacte; ceux au contraire, qui remontent à la période de début de son affection n'ont laissé, pour la plupart, dans son esprit, qu'une impression confuse. Il est à noter, cependant, que le souvenir des idées délirantes et des hallucinations se rapportant à cette époque, est beaucoup plus net que celui des faits de la vie réelle. Cette particularité tient à ce que, par suite de son délire et de la désorientation de son esprit, C... restait à peu près, sinon absolument étranger à ce qui l'entourait, et que les excitations reçues par ses organes des sens n'étaient pas perçues par le cerveau, ou ne l'étaient que très vaguement, et, par suite, ne pouvaient laisser dans cet organe qu'une empreinte nulle ou très légère. Par contre, certaines de ces hallucinations l'ont assez vivement impressionné pour qu'il en ait conservé un souvenir assez précis ; ce sont particulièrement les hallucinations de nature triste ou terrifiante, ainsi qu'il ressort des explications qu'il a données sur l'état d'esprit dans lequel il a conscience de s'être trouvé pendant sa maladie.

C... se souvient d'une façon très exacte des circonstances qui ont précédé l'intervention chirurgicale; il se voit encore s'étendant sur la table d'opération, et se soumettant aux inhalations de chloroforme. Sous l'influence de cet agent, il a éprouvé des rêves qu'il est incapable de raconter, mais qu'il croit avoir été des rêves de voyages. Puis, il a perdu connaissance, et à son réveil il a été surpris de se trouver dans son lit, et de constater qu'il ignorait absolument ce qui s'était passé et la durée de son sommeil. Les événements des premiers jours après l'opération n'ont laissé dans son esprit qu'une trace très vague; cependant, il se souvient d'avoir conversé avec des malades couchés dans les lits voisins du sien, et

d'avoir appris par eux les incidents de l'acte chirurgical pratiqué sur lui.

Il est incapable de dire comment et à quel moment ont apparu les troubles mentaux. Il ignore ce qui s'est passé à l'hôpital, à dater du jour où il s'est mis à délirer, et n'a pas la notion de la durée du séjour qu'il a fait dans cet établissement. Il se souvient seulement d'avoir reçu la visite de son fils; ce dernier est, du reste, la seule personne qu'il ait toujours reconnue pendant la période aiguë de sa maladie.

A l'asile, « il a été comme dans un rêve, dit-il. Le plus souvent, il se croyait dans un pays étranger, ou dans un autre monde. Il voyait le Malin esprit qui cherchait à le tenter pour l'emmener avec lui en Enfer; le Démon avait la forme d'un homme noir; il n'en avait pas peur, au contraire il était bien résolu à lutter contre lui, et à lui résister. Les médecins lui apparaissaient comme des anges; il était avec eux dans le paradis ou au purgatoire. Une fois, il est allé au purgatoire pour voir un de ses amis auquel il s'intéressait et qu'il croyait y être détenu.

« La religion jouait un grand rôle dans ses rêves; cependant, jamais il n'avait été dévot, et depuis longtemps il avait cessé toute pratique religieuse. Dans son dortoir, se trouvait un autre malade qu'il prenait pour un voleur; il l'a injurié maintes fois. Un jour, il a vu une espèce de sang; d'un homme, on voulait en faire deux; son fils était là pour quelque chose; il a voulu se sacrifier pour lui.

« Une autre fois, il était allé jusqu'à Bordeaux; en route, il était entré dans une grange dont la porte était ouverte; les gendarmes l'ont arrêté pour s'être introduit dans ce bâtiment; puis on l'a conduit devant le tribunal, qui l'a jugé séance tenante. Un étudiant qui s'est chargé de sa défense, a obtenu son acquittement, en demandant lequel devait être rendu responsable des dégâts, s'il en existait, de celui qui, détenteur de la clef, avait laissé la porte ouverte, ou de celui qui, ayant trouvé le passage libre, s'était introduit là sans intention malfaisante ». L'infirmier qui le soignait a été confondu par lui avec un autre employé de l'asile, qu'il avait connu jadis; C... n'a reconnu son erreur que le jour où il a réellement revu son ancien camarade.

« En général, dit-il, ses rêves étaient plutôt agréables que pénibles; mais les cauchemars tristes ou terrifiants l'ont sans doute impressionné plus que les autres, puisqu'il ne se souvient guère que d'eux. Il était le plus souvent gai. Quelque chose lui disait qu'il serait heureux. Parfois, cependant, il était triste et larmoyant. »

C... insiste beaucoup moins sur sa désorientation d'esprit et sa torpeur cérébrale, que sur ses hallucinations et ses illusions sensorielles, et sur le délire entretenu par ces derniers symptômes.

Mais lorsqu'on le questionne sur la nature de ses pensées en dehors de ses rêves, il répond spontanément « qu'*il croit que la plupart du temps, il ne pensait à rien* ».

Au point de vue physique, l'état de notre malade est actuellement aussi satisfaisant que possible; mais l'impotence fonctionnelle de son bras gauche est presque absolue. Cette situation, qui le met dans des conditions défavorables pour gagner sa vie, ne l'inquiète pas outre mesure. La philosophie qui l'a soutenu pendant toute son existence, vient encore à son secours et lui permet de ne pas désespérer de l'avenir.

15 *mars*. — L'état du malade continue à être très satisfaisant. Les lacunes de la mémoire, signalées plus haut, persistent sans aucune modification.

L'observation que nous venons de rapporter est celle d'un cas typique de confusion mentale. Avant de relater les particularités qu'elle a présentées dans sa symptomatologie et son évolution, nous allons l'examiner au point de vue étiologique.

L'accès d'aliénation dont notre malade a été atteint à la suite de la ligature de l'axillaire, a été la conséquence de l'action combinée de l'hérédité, d'une intoxication alcoolique ancienne et de l'infection post-opératoire.

Il y a lieu de rechercher quel a été le rôle de chacun de ces éléments dans la genèse des désordres cérébraux.

Quoique son existence entière se fût passée sans rupture de l'équilibre psychique, C... n'en était pas moins dans des conditions favorables à l'éclosion de la folie. En effet, il était fils d'un alcoolique, et dans la lignée maternelle une de ses proches parentes avait présenté des troubles mentaux. Bien que nous n'ayons pas eu connaissance de l'existence d'autres tares dans sa famille, il n'en reste pas moins établi que notre malade a subi l'influence d'une hérédité alcoolique et vésanique.

L'action de l'hérédité alcoolique s'est manifestée pendant toute la vie de C... par une tendance très prononcée à abuser du vin et des liqueurs fortes. Pendant une longue série d'années, il a pu, à son gré, satisfaire sa passion ; son organisation cérébrale a subi alors, sans accident, l'action toxique de doses considérables d'alcool ; mais l'imprégnation prolongée de son organisme par cette substance, a certainement produit dans son système nerveux des altérations de nature à diminuer encore sa force de résistance aux agents morbi-

fiques, modifications durables et non susceptibles de rétrocéder après la cessation de l'absorption du poison.

L'influence de l'éthylisme sur la production des troubles psychiques constatés chez notre malade, s'est donc traduite par un accroissement de la prédisposition déjà existante à la folie ; mais elle s'est limitée à cela, et on ne saurait voir dans ce facteur la cause véritablement déterminante de l'aliénation. Nous savons, en effet, que pendant les huit dernières années, C... a été obligé par le manque de ressources de se soumettre, bien malgré lui d'ailleurs, à une abstinence sinon absolue, du moins relative, de sorte que, lorsqu'il a été opéré, il était simplement un ancien alcoolique, et non un intoxiqué actuel.

C'est huit jours après la ligature de l'artère axillaire pour un anévrysme de ce vaisseau, que se sont manifestés chez C... les premiers symptômes de folie. Ceux-ci ont apparu en même temps que les signes d'une septicémie aiguë, conséquence de l'infection de la plaie opératoire, et il semble que l'évolution des troubles psychiques ait été, dans une certaine mesure, subordonnée à celle des troubles d'ordre physique ; d'une part, les désordres cérébraux ont présenté un caractère d'acuité très marqué pendant la période au cours de laquelle la santé générale a été le plus gravement atteinte ; d'autre part, leur physionomie ne s'est modifiée, et leur intensité n'a commencé à décroître qu'à dater du jour où l'état physique s'est amélioré. De plus, la folie a revêtu chez notre malade, la forme que certains auteurs, en particulier M. le Dr Régis, considèrent comme caractéristique des états toxi-infectieux : nous voulons parler de la confusion mentale avec délire onirique. « Les délires toxi-infectieux ou autotoxiques, dit M. Régis [1], ont tous pour formule clinique la confusion mentale. Le délire toxi-infectieux, au moins dans sa forme habituelle de confusion mentale subaiguë, est un délire de rêve ou onirique... Le délire onirique correspond très probablement, dans tous les cas, à une intoxication, et semble en être la caractéristique clinique. »

Il nous paraît donc légitime de penser qu'il n'y a pas eu simplement un rapport de coexistence entre l'infection, d'une part, et les désordres cérébraux, d'autre part, mais

[1] Dr Régis. *Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection.* (*Presse médicale*, 3 août 1898.)

une relation de cause à effet. Mais, de ce que nous admettons que l'infection a été la cause occasionnelle et déterminante de la folie, il ne s'ensuit pas qu'on doive la considérer comme le seul facteur important dans l'étiologie de la maladie. L'action de l'infection a été manifestement subordonnée à celle de la prédisposition héréditaire et de la prédisposition acquise par le fait d'une intoxication alcoolique ancienne. Ces derniers éléments, dont l'influence sur la production de la folie en général est bien connue, avaient préparé le terrain, qui, sans eux, serait probablement resté stérile.

La participation de ces facteurs au développement des troubles psychiques post-opératoires, ne constitue pas une particularité spéciale au cas que nous étudions ; la plupart des aliénistes sont d'accord pour reconnaître que c'est surtout chez des héréditaires que se produisent, à la suite des opérations chirurgicales, des désordres cérébraux qualifiés suivant les cas et suivant les auteurs, de vrais ou de faux délires post-opératoires, ou simplement de troubles psychiques post-opératoires; de même, l'intoxication éthylique est fréquemment relevée dans l'étiologie de ces accidents, et il est établi que, dans le sexe masculin, ceux-ci ne s'observent guère que chez des alcooliques; mais, naturellement, la puissance pathogène et l'action de cette cause varient suivant l'intensité de l'intoxication et son ancienneté.

Peut-être l'état de faiblesse préexistant à l'opération et aggravé par elle, a-t-il contribué, dans une certaine mesure, à produire la folie chez notre malade ? Mais aucun fait ne nous permet d'être affirmatif à cet égard.

La nature de l'opération et son siège ne sauraient être incriminés, non plus que l'anesthésie chloroformique et l'iodoforme employé pour les pansements.

L'influence de l'élément psychique semble aussi avoir été réduite à son minimum. M. le professeur Joffroy [1] attribue à cet élément représenté par la « préoccupation qui précède et accompagne une opération chirurgicale et par le choc moral consécutif à un grand et brusque traumatisme, un rôle prépondérant dans la pathogénie de la folie post-opératoire... Dans la pathogénie de la production de troubles psychiques consécutivement à une intervention chirurgicale, le rôle pré-

[1] Professeur Joffroy. *Loc. cit.*

pondérant nous paraît, dit-il, devoir être attribué à une action psychique, à une activité pathologique de l'esprit, à une suggestion, une auto-suggestion ou une inhibition, c'est-à-dire à un processus que l'on n'a chance de voir se produire largement, pathologiquement, que chez des prédisposés, des hystériques, des dégénérés ou des intoxiqués ». Bien que notre malade fût sous l'influence d'une prédisposition héréditaire manifeste, et d'une prédisposition acquise résultant d'une intoxication éthylique ancienne, il a échappé absolument à cette action psychique. L'insouciance, la tranquillité d'esprit, la confiance en l'avenir, qui ne lui avaient jamais fait défaut au cours de son existence, ne l'ont pas abandonné pendant le développement de la tumeur anévrysmale, qui, pourtant, le mettait dans l'impossibilité de gagner sa vie, et semblait devoir le plonger dans la plus profonde misère. C'est avec le plus grand sang-froid qu'il accepte de se soumettre à l'opération jugée nécessaire ; il n'a été ni effrayé, ni même seulement préoccupé des conséquences immédiates et éloignées de cette intervention chirurgicale, et « il s'est mis, dit-il, sur la table d'opération, comme il se serait couché sur son lit pour se reposer après une grande fatigue ».

L'infection post-opératoire ayant été la cause occasionnelle et déterminante de la maladie, et celle-ci ayant revêtu le type habituel des folies toxiques, les troubles psychiques constatés chez notre sujet, rentrent dans la catégorie des faux délires post-opératoires de M. Picqué.

Pour les mêmes raisons, ils se rangent dans le deuxième groupe des vrais troubles psychiques post-opératoires de M. Régis (groupe des troubles psychiques secondaires).

Pour nous, il nous paraît inutile d'adjoindre un qualificatif à la dénomination de troubles psychiques post-opératoires. Abstraction faite des cas où les troubles mentaux sont la conséquence d'opérations pratiquées sur des organes à fonctions spéciales, tels que la glande thyroïde et peut-être l'ovaire, cas qui doivent être classés à part, il n'y a pas lieu d'établir dans le groupe des psychoses post-opératoires, des subdivisions basées sur l'étiologie.

Celle-ci tout entière est dominée par un élément auquel la plupart des auteurs, et parmi eux MM. Joffroy et Rayneau, attribuent un rôle prépondérant dans la genèse de ces trou-

bles psychiques; cet élément, c'est la prédisposition héréditaire ou acquise. Son influence est particulièrement nette dans le cas que nous venons de rapporter. L'action des autres facteurs est, d'une façon générale, subordonnée à l'existence de celui-ci.

Il n'y a pas à cet égard de différence entre les causes d'ordre psychique (préoccupation, choc moral, etc.), et les causes physiques (infection, intoxication, cachexie, débilitation générale de l'organisme, etc.). Par lui-même l'élément toxi-infectieux, le seul véritable agent producteur des vraies psychoses post-opératoires, selon M. Régis, n'engendre pas plus fatalement des désordres cérébraux que les facteurs d'ordre psychique auxquels M. Picqué attribue les troubles mentaux qu'il appelle les vrais délires post-opératoires. L'insuffisance de ces facteurs est démontrée par ce fait que l'immense majorité des sujets atteints d'infection à la suite d'opérations chirurgicales ne deviennent pas aliénés et que, parmi les personnes que la perspective d'une opération et la peur de ses conséquences préoccupent vivement et plongent même parfois dans une véritable angoisse, un très petit nombre seulement sont atteintes de folie.

Dans notre observation, nous n'avons relevé l'intervention d'aucun facteur d'ordre psychique, mais il n'en est pas ainsi, dans la majorité des cas ; le plus souvent, causes physiques et psychiques se combinent suivant les modes les plus variés, et il est impossible de déterminer avec certitude la part qui revient à chacune d'elles dans la production de la folie post-opératoire. Les mêmes éléments ne paraissent pas avoir toujours la même influence ; ils n'agissent pas constamment de la même façon et avec la même vigueur. Une foule de circonstances peuvent intervenir, en effet, pour renforcer ou atténuer leur puissance, soit directement, soit en augmentant ou en diminuant la force de résistance de l'organe qui tient sous sa dépendance la fonction psychique.

Si les diverses formes que revêt la folie post-opératoire étaient toujours déterminées par les mêmes causes ou groupes de causes, il serait légitime d'établir des subdivisions dans cette classe de psychoses. Mais il n'est pas démontré qu'il en soit ainsi. On tend à admettre avec M. Régis, que la confusion mentale est le type habituel des folies toxiques ; et notre cas en est un exemple bien net; cependant, d'une

part, il n'est pas encore prouvé que cette variété d'aliénation est toujours d'origine toxi-infectieuse, et, d'autre part, il est permis de penser qu'une infection ou une intoxication d'origine interne ou externe, peut jouer un rôle actif et même décisif dans la production d'autres formes de folie. De même que l'intoxication éthylique ne donne pas toujours lieu à la folie alcoolique, mais contribue parfois à engendrer des accès maniaques ou mélancoliques, de même une toxi-infection quelconque peut donner naissance à diverses vésanies, à la manie ou à la mélancolie par exemple, aussi bien qu'à la confusion mentale.

Nous nous rangeons donc, en définitive, à l'opinion que nous avons déjà citée plus haut, de MM. Joffroy et Rayneau, d'après laquelle « il n'y a pas un type spécial de psychose, que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire ». Chez certains prédisposés, l'action combinée d'une série de causes d'ordre physique ou psychique relevant d'une façon plus ou moins directe de l'opération, détermine « l'éclosion d'une bouffée délirante, le réveil d'un délire éteint, ou l'exaspération d'une psychose actuelle. L'action pathogène de ces facteurs n'est d'ailleurs pas fatale, et la constatation des groupements étiologiques d'ordinaire les puissants ne permet pas de prédire avec certitude l'éclosion de la folie post-opératoire. A plus forte raison ne permet elle pas de prévoir quelle serait la nature du délire, la forme et la durée des accidents ».

Nous n'insisterons pas sur les particularités qu'a présentées dans sa symptomatologie et son évolution, le cas que nous venons de rapporter. On trouve dans l'observation de C... les caractères typiques de la confusion mentale. Pendant toute la durée de la maladie, le symptôme fondamental de l'état psychique du sujet a consisté en une désorientation très prononcée de l'esprit, s'accompagnant d'une suspension partielle du fonctionnement cérébral. Mais ce signe a été masqué dans une certaine mesure, pendant une assez longue période de temps, par un délire hallucinatoire (délire onirique de M. Régis). De plus les conceptions délirantes, les hallucinations et les illusions sensorielles, réagissant à leur tour, suivant leur nature gaie ou triste, sur la manière d'être du sujet, ont provoqué une série d'alternatives irrégulières d'agitation et de dépression, qui auraient pu, par

moments, faire prendre pour des vésanies pures ces états maniaques et mélancoliques symptomatiques.

Il est à noter que les hallucinations qui ont été la base du délire onirique constaté chez notre malade, n'ont pas revêtu en général le caractère terrifiant ou simplement triste qu'elles ont habituellement dans la confusion mentale. Les renseignements donnés par le malade sont, à cet égard, des plus nets. C... a conscience d'avoir eu des « rêves » plutôt agréables que désagréables. « Quelque chose, dit-il, lui faisait comprendre qu'il serait heureux. » Mais la plupart des « rêves » agréables ou indifférents n'ont laissé dans son esprit qu'un souvenir confus. Les « rêves » terrifiants ou tristes, au contraire, paraissent l'avoir impressionné beaucoup plus vivement; il se les rappelle avec une certaine précision dans les détails, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture de l'observation.

Le délire onirique a eu une évolution indépendante, jusqu'à un certain point, de celle de la confusion mentale. En effet, celle-ci existait antérieurement à l'apparition du délire, et a persisté assez longtemps après sa disparition.

La confusion mentale proprement dite s'est atténuée progressivement, jusqu'à la guérison complète. Le réveil de l'activité cérébrale consciente et volontaire, s'est fait d'une façon lente et graduelle. Le malade s'en rend bien compte actuellement. Ses idées se sont éclaircies peu à peu: en même temps, sa puissance d'attention s'est fortifiée; il a recouvré d'abord vaguement, puis d'une façon de plus en plus précise, la notion du monde extérieur. Il n'a eu tout d'abord qu'une idée extrêmement confuse des particularités de la crise qu'il venait de traverser; mais ses souvenirs se sont précisés et étendus par la suite; cependant, quelques lacunes, se rapportant pour la plupart à des faits qui se sont passés, au début de son affection, ont persisté et persistent encore dans sa mémoire.

Contrairement à ce qui s'observe dans la majorité des cas, notre malade est sorti de cette longue crise complètement guéri, sans affaiblissement intellectuel appréciable.

CLINIQUE NERVEUSE.

DEUX OBSERVATIONS D'HÉMIPLÉGIE AVEC HÉMIANESTHÉSIE ;

Par MM. MONGOUR et GENTÈS (de Bordeaux).

La nature des hémianesthésies post-hémiplégiques est fort discutée. Faut-il les concevoir comme des troubles purement fonctionnels d'origine probablement hystérique ou bien comme la résultante d'une lésion interrompant dans leur trajet les fibres de conduction de la sensibilité ? Deux observations n'autorisent pas à prendre parti pour l'une ou l'autre de ces hypothèses. Aussi, nous les donnons sans commentaires. Nous ferons simplement remarquer que dans les deux cas la lésion intéressait dans toute son étendue la partie tout à fait postérieure de la capsule interne et que chez la malade (Obs. I) qui a pu être suivie pendant plus de deux mois, à l'anesthésie du début a fait suite une hyperesthésie. Dans ces conditions on se demande s'il n'en eût pas été de même dans l'hypothèse où M. Bert... (obs. II) eut survécu plus de six jours à son ictus. Chez ce malade dont la zone motrice était inaltérée, les troubles de la motilité ne peuvent s'expliquer que par une compression de la partie antérieure de la capsule interne par le foyer hémorrhagique ; du reste ces troubles de motilité diminuaient de jour en jour. Ne pourrait-on pas également invoquer la compression comme cause de l'hémianesthésie ? — Les coupes ont été faites en présence de M. le professeur Pitres qui a pu vérifier l'exactitude des schémas.

Observation I. — *Hémiplégie gauche complète. Hémianesthésie du côté paralysé, suivie d'hyperesthésie. Mort. Autopsie.*

Catherine D..., journalière, âgée de soixante-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-André le 15 septembre 1898 dans le service de M. le Dr Durand, salle 3, lit 19.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels n'offrent aucun intérêt, était en traitement pour troubles dyspep-

tiques consécutifs à une distension de l'estomac. C'était une neurasthénique sujette depuis longtemps aux vertiges, aux céphalées et que l'on gardait dans le service par respect pour son âge et par pitié pour sa misère.

Le 12 novembre 1898, elle fut atteinte d'une congestion pulmonaire des deux bases; son état fut grave pendant une semaine; après avoir présenté tous les signes d'une myocardite confirmée, elle entra en convalescence et se trouvait à peu près guérie lorsque le 11 décembre pendant son repas, elle fut prise à dix heures du matin d'un ictus apoplectique sans perte de connaissance, qui laissa à sa suite une hémiplégie gauche complète.

État de la malade le 12 décembre 1898. — La commissure labiale droite est tirée en haut; la commissure gauche est abaissée. Très légère déviation de la langue à gauche. Les piliers gauches du voile du palais sont flasques et tombants. Facial supérieur intact. Au membre supérieur gauche, la paralysie est complète avec début d'une contracture en flexion de l'avant-bras sur le bras et des doigts dans la main. — Au membre inférieur gauche, l'inertie n'est pas absolue, car à l'occasion d'une piqûre, la malade esquisse un très léger mouvement de flexion de minime amplitude. Pas de contractures.

Réflexes.		Droit.	Gauche.
Plantaire.		Énergique.	Énergique.
Rotulien.		Vif.	Très exagéré.
Abdominal	supérieur.	Nul.	Nul.
	inférieur.	Nul.	Nul.
Des radiaux		Très énergique . . .	Notable.
Olécranien.		— . . .	Très énergique.
Pharyngien		Diminué.	

Pas de trépidation épileptoïde du pied à gauche. Légère trépidation épileptoïde du pied à droite. Pas de trépidation rotulienne.

Le phénomène des orteils est des plus nets : à gauche, l'excitation du réflexe plantaire détermine nettement l'extension des orteils; à droite, flexion. Pas de troubles trophiques.

L'intelligence de la malade est suffisamment conservée pour permettre l'examen. Elle cause assez librement et sa conversation est suivie.

Sensibilité. Membre supérieur. — Abolition complète de la sensibilité à la piqûre soit superficielle, soit profonde, au contact, au froid. L'application du thermocautère rougi détermine une sensation pénible que la malade définit ainsi : « ça me pique, ça me fait mal » mais ne provoque pas de sensation de brûlure.

Membre inférieur. — Mêmes troubles de sensibilité avec une légère différence cependant. Sous l'influence d'une piqûre profonde, on constate un léger mouvement de recul; mais elle n'a pas ressenti la moindre douleur; il s'agit d'un acte réflexe sans perception de

sensation douloureuse ou non. Même analgésie pour le thorax, l'abdomen du côté gauche et pour la région cervicale gauche. Seule la sensibilité à la chaleur est conservée à la face.

Odorat. — Muqueuse pituitaire sensible à la piqûre et au contact. Conservation de la sensibilité spéciale (épreuve de l'ammoniaque).

Gustation. — Conservation de la sensibilité générale sur les deux moitiés de la langue. L'état de la sensibilité spéciale n'a pu être recherché d'une manière suffisamment précise.

Vue. — Conservation de la sensibilité conjonctivale. La malade ne paraît pas avoir présenté de troubles de la vue. Nous n'avons pas songé à rechercher l'existence de l'hémianopsie ; du reste, à aucun moment l'examen du champ visuel n'eût été possible après l'ictus.

Ouïe. — Intacte ; la malade ne s'est plainte d'aucun phénomène subjectif. Pas de troubles de la parole. Pas d'aphasie. L'intelligence est évidemment obscurcie ; néanmoins, la malade répond assez nettement aux questions qu'on lui adresse et son examen est relativement facile. Du côté droit non paralysé, nous n'avons à signaler aucun trouble de sensibilité ou de motilité. La trépidation épileptoïde signalée au début persiste seule.

15 *décembre.* — Rotation conjuguée de la tête et des yeux à droite, par conséquent du côté de la lésion encéphalique. Toute tentative de redressement de la tête est extrêmement pénible ; il est impossible de placer la face en position latérale gauche. Miction et défécation involontaires. Depuis le début de l'ictus, la température se maintient soir et matin au-dessus de 39°.

17. — La malade se plaint d'une céphalée frontale droite, ainsi que de douleurs dans le coude et l'épaule du même côté. Elle répond avec beaucoup de lucidité aux questions qu'on lui pose ; mais, si on cesse de l'interroger, elle se met à délirer toujours sur le même sujet ; elle raconte qu'une malade de la salle a placé dans son lit un bras, qu'elle a mis à l'annulaire de la main un anneau de mariage ; elle demande avec anxiété ce qu'elle va faire de ce bras qu'elle croit sentir au pied du lit et insiste pour qu'on l'enlève. Si on la découvre, elle dit en voyant son membre supérieur paralysé : « Tiens ! voilà ce malheureux bras, enlevez-le ! » Elle cherche à le prendre de la main droite, fait un effort pour le soulever et s'écrie en le laissant retomber : « Mais, c'est le mien ! » Ce délire qui est surtout nocturne s'accompagne de pleurs et de lamentations sans fin.

19. — Le délire a cessé en même temps que s'est produit l'abaissement de la température. Sans avoir besoin de voir, ni de toucher son membre paralysé, la malade se rend parfaitement compte qu'il lui appartient et se lamente sur sa paralysie.

31. — Apparition dans la nuit d'un œdème blanc et mou qui s'étend depuis la main jusqu'à l'articulation scapulo-humérale du côté paralysé. Les mouvements imprimés aux articulations du

membre supérieur déterminent de vives douleurs sauf au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et du poignet.

Au membre inférieur, l'œdème remonte jusqu'au genou où apparaît un début de contracture en flexion. Mêmes douleurs articulaires sauf au niveau du cou-de-pied.

6 *janvier* 1899. — Contracture en flexion du membre supérieur et du membre inférieur gauche. Douleurs spontanées très vives, surtout au niveau des petites articulations du pied. Disparition de la rotation conjuguée de la tête et des yeux.

12. — Les douleurs s'étendent au côté droit. Pas de modifications dans les troubles de sensibilité.

19. — En recherchant de nouveau l'état de la sensibilité chez la malade, on constate que le pincement, la piqûre, l'impression du chaud et du froid sont ressentis plus vivement du côté hémiplégié que du côté sain, quel que soit du reste le segment de membre examiné. Cet examen fait à plusieurs reprises a constamment donné les mêmes résultats que l'on peut considérer comme exacts, dans l'état intellectuel de cette malade. Les douleurs spontanées sous la plante et sur le dos du pied gauche sont de plus en plus vives ; des contractures sont nettement établies et l'on note pour la première fois l'existence de la trépidation épileptoïde.

20. — Les résultats fournis par l'examen de la sensibilité sont des plus contradictoires, quelles que soient les précautions prises. La piqûre fait éprouver à la malade une sensation douloureuse ; quelques secondes après, l'anesthésie à la piqûre est absolue toujours au même point. Le froid, la chaleur, le contact sont alternativement perçus ou non perçus sans qu'il soit possible d'établir des conditions précises modifiant la perception des impressions douloureuses ou non.

Ce qui domine chez cette malade, c'est la variabilité de la perception tantôt vive, tantôt nulle et à quelques secondes d'intervalle, parfois même, elle rapporte au membre inférieur droit les sensations qui ont pour origine une excitation périphérique portée sur le membre inférieur gauche.

Cette malade vécut ainsi jusqu'au 19 février 1899. Depuis le dernier examen, les troubles de la sensibilité ne se sont pas modifiés. Du côté non paralysé, rien d'anormal ; du côté hémiplégié nous constatons dans les mêmes régions tantôt de l'hyperesthésie, tantôt de l'anesthésie à la piqûre ; depuis un mois environ la sensibilité à la chaleur et au froid était redevenue normale.

Autopsie. — L'écorce de l'*hémisphère droit* paraît intacte. On ne remarque pas de vascularisation exagérée à la surface et aucun

point n'est atteint de ramollissement. Il s'agit donc d'une lésion centrale et c'est pour la mettre en évidence que nous avons fait la coupe de Flechsig. Notre couteau a sectionné horizontalement l'hémisphère de dedans en dehors, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la couche optique. C'est la surface de section du fragment supérieur que nous représentons ici. Nous avons d'abord décalqué la lésion sur un papier transparent, le cerveau préalablement durci dans le formol et nous l'avons rapportée sur le schéma ci-joint.

Les lésions sont les suivantes : *Hémorragie cérébrale* ayant détruit le tiers postérieur du noyau lenticulaire et de la couche optique et les deux tiers postérieurs de l'avant-mur : le segment rétro-lenticulaire et le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne (*fig.* 5, A). Ne trouvant point dans ces lésions une raison suffisante de l'hémiplégie qu'avait présentée notre malade, nous avons suivi le foyer hémorragique qui s'enfonçait dans le centre ovale, vers l'écorce cérébrale, au niveau de la zone rolandique, en contournant le noyau caudé en dehors. Pour nous rendre compte de l'extension de l'hémorragie de ce côté, nous avons fait des coupes de Pitres sur la frontale et la pariétale ascendantes. Elles nous permettent de constater la destruction, immédiatement au-dessus des noyaux centraux, au niveau du pied de la couronne rayonnante de Reil, des fibres unissant la capsule interne à la zone rolandique.

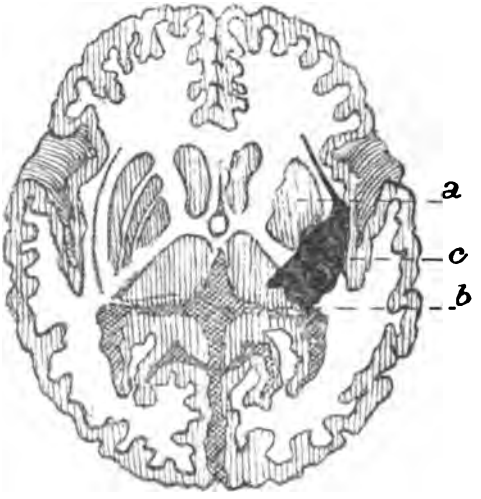


Fig. 5.
a, substance grise; *b*, ventricules; *c*, lésions.

En résumé, il s'agit d'une *hémorragie cérébrale* ayant détruit : 1° Au niveau du centre ovale : le pied de la couronne rayonnante de Reil; 2° Au niveau des noyaux centraux : le quart postérieur du noyau lenticulaire et de la couche optique, les deux tiers postérieurs de l'avant-mur

le segment rétro-lenticulaire et le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne.

Observation II. — *Hémiplégie droite complète. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté.*

M... Bertrand, soixante-huit ans, boulanger, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le Dr Durand, salle 12, lit 14, le 18 mars 1899.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt. — Le 16 mars, à 6 heures du matin, sans perte de connaissance, le malade s'est aperçu en voulant se chausser que son bras droit était paralysé; ayant voulu marcher, il constata une impotence complète du membre inférieur du même côté. Ces accidents survinrent sans troubles de la parole et se présentèrent dès le début avec l'intensité qu'ils offrent aujourd'hui.

État actuel (19 *mars*). — Paralysie faciale droite totale ayant respecté les muscles innervés par le facial supérieur; il semble cependant que l'orbiculaire droit se contracte avec moins d'énergie que l'orbiculaire gauche. Effacement des sillons et des plis de la face à droite; déviation de la commissure labiale gauche en haut; déviation de la langue du côté paralysé; légère ecchymose sur la paupière droite.

Le voile du palais n'est pas atteint; la luette est médiane; les piliers ne sont pas plus tombants d'un côté que de l'autre et paraissent se contracter avec la même énergie. Pas de reflux des liquides par les fosses nasales.

État intellectuel. — Le malade répond nettement aux questions qu'on lui adresse; il se rend compte de son état et cause avec facilité.

Motilité. Membre supérieur droit. — Impotence absolue de tout le membre; paralysie flasque. La température paraît plus élevée que celle du membre sain, la peau plus rouge et les veines plus apparentes. Ecchymose au niveau de l'olécrâne.

Membre inférieur droit. — Impotence absolue. Paralysie flasque. La température paraît plus élevée.

Sensibilité. Tact. — Nous touchons le coude gauche; le malade dit qu'on lui « prend le bras »; pressé de préciser le point touché, il répond « la main ». En recommençant quelques secondes après la même manœuvre, il déclare qu'on lui touche le ventre; il n'en est pas, du reste, très sûr, car il emploie les expressions suivantes : « il me semble, je crois, etc. » Supprimant ensuite tout contact avec son bras paralysé, il déclare que nous le touchons et inversement que nous ne le touchons pas quand notre main repose sur son coude.

Les mêmes manœuvres répétées sur le membre supérieur gauche donnent des résultats tout différents. Le malade localise

très exactement le point touché. Avec sa main gauche, il explore très bien les différentes régions de son membre supérieur droit dont il apprécie fort bien l'élévation de température.

Au niveau du membre inférieur droit, résultat identique ; le sens du tact est absolument aboli ; il en est de même pour la moitié gauche du tronc, du cou et de la face.

Sensibilité à la piqûre. — Totalement abolie au niveau de l'avant-bras et de la main droite, elle semble légèrement conservée au bras, à la moitié de la face et au membre inférieur ; en tout cas, la sensibilité à la piqûre est incomparablement moins vive que du côté sain. Si l'on pique fortement le membre inférieur droit, le malade déclare éprouver une douleur légère qu'il rapporte au membre inférieur sain.

Sensibilité au froid. — Exactement superposée à la sensibilité à la piqûre et avec les mêmes variations d'intensité.

La sensibilité à la chaleur paraît un peu mieux conservée tout en étant notablement diminuée par rapport au côté sain.

Réflexes. — Normaux à gauche, ils sont légèrement exagérés à droite pour le membre inférieur (réflexe plantaire et rotulien). Au membre supérieur droit, le réflexe des radiaux est très net. Phénomène des orteils très évident.

21. — Amélioration notable de la motilité, mais pas de modification des troubles de sensibilité. Sous l'influence d'une piqûre ou d'un pincement un peu vifs, le malade réagit par des mouvements assez amples du côté malade ; mais il n'accuse pas de douleur et les pupilles ne subissent aucune modification.

Cependant si l'on prolonge l'examen il semble que par instants M... éprouve une légère perception douloureuse très variable d'intensité pour le même point examiné à différents intervalles, mais parfois nulle. La contradiction dans les réponses devient telle qu'on est obligé de suspendre l'examen et cette variabilité extrême de la perception douloureuse est la constatation capitale en même temps que l'exagération du réflexe moteur par rapport à ce qui se passe du côté opposé sous l'influence d'une légère excitation périphérique. Il convient d'ajouter que l'obnubilation mentale progresse de jour en jour. Cependant, M... ne présente aucune forme d'aphasie, ni cécité verbale, ni surdité verbale. Il affirme qu'il pourrait parfaitement écrire s'il avait la force de tenir une plume ou un crayon ; il peut lire.

Sensibilité spéciale. — Du côté de la langue, l'examen n'a donné aucun renseignement précis, car il déglutit immédiatement les aliments dont on voudrait lui faire apprécier la saveur. La moitié droite de la langue est insensible à la piqûre.

Odorat. — L'ammoniaque est sans action sur la muqueuse de la narine droite qui ne perçoit pas la piqûre. Insensibilité de la conjonctive palpébrale du côté paralysé.

Il n'a pas été possible de prendre le champ visuel. Nous avons cherché à nous rendre compte de l'existence ou non de l'hémianopsie par un procédé primitif qui consistait à promener le doigt dans toute l'étendue probable du champ visuel en veillant à la fixité du globule oculaire. Dans ces conditions il ne nous a pas paru exister d'hémianopsie, mais la méthode employée était trop rudimentaire pour que nous puissions conclure ferme des résultats obtenus.

L'intelligence est très affaiblie ; elle est suffisante néanmoins pour que l'on puisse ajouter foi aux réponses faites par M...

22. — Nuit très agitée ; le malade à tout instant essaie de se lever. A la visite du matin, le pouls est incomptable. Miction et défécation involontaires ; face turgide ; bredouillement continuel.

La motilité est toujours abolie. La sensibilité à la piqûre est absolument nulle dans toute l'étendue du membre supérieur ; le malade ne réagit même pas par un mouvement ; au membre inférieur, la piqûre est suivie d'une rétraction rapide, brusque, courte, parfois même de mouvements de flexion du membre inférieur sain ; mais il ne semble pas que M... perçoive de sensation douloureuse, car, si l'on pique le membre gauche, il fait une grimace significative qui n'apparaît pas quand on pique ou quand on pince le membre droit.

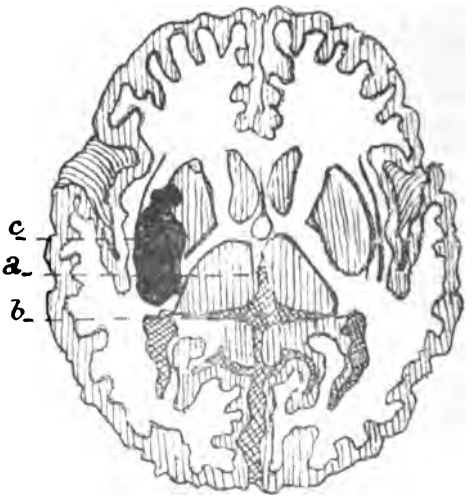


Fig. 6.
a, substance grise ; *b*, ventricules ; *c*, lésions.

La sensibilité est très diminuée au niveau du tronc, de l'abdomen et de la face du côté droit ; elle existe cependant car si l'on pique fortement l'une quelconque de ces régions, le malade porte sa main gauche au point blessé.

24. — Anesthésie totale pour le membre supérieur droit, et pour le membre inférieur du même côté. A gauche, pas de troubles de la sensibilité. Pas de trépidation épileptoïde ; pas de trépidation rotulienne. Pas de contractures. Pas de troubles trophiques. Mort dans la journée du 25 mars.

Autopsie. — Pour la figuration des lésions, nous avons pris les

mêmes précautions que dans l'observation I. La coupe horizontale qui est ici représentée (*fig.* 6) a sectionné en dedans la couche optique à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, à 4 centimètres 1 2 du bord supérieur de l'hémisphère, pour ressortir en dehors au niveau de la scissure de Sylvius.

Sans insister longuement sur la description des parties détruites par l'hémorragie, nous ferons remarquer que la partie postérieure et externe du noyau lenticulaire a disparu, qu'il en est de même de la capsule externe, de l'avant-mur et surtout du quart de la capsule interne. Enfin, le segment rétro-lenticulaire de Déjerine et le champ de de Wernicke sont aussi en grande partie intéressés.

Pour nous rendre compte de l'étendue verticale du foyer hémorragique, nous avons fait une série de coupes superposées parallèles à celle qui est représentée ici. Nous avons vu ainsi qu'il s'arrête en haut au niveau d'une coupe passant par le sinus du corps calleux, en bas au niveau d'une coupe passant par la partie la plus inférieure de la couche optique. L'extension vers l'écorce cérébrale en dehors est de moins en moins grande à mesure qu'on s'élève; cependant, il faut dire que partout où existe la lésion, les parties essentielles (partie postérieure du noyau lenticulaire et de la capsule interne) sont détruites.

En résumé, les lésions étaient les suivantes : 1° ramollissement ancien avec la localisation et les dimensions susindiquées ; 2° hémorragie ayant détruit essentiellement la partie postérieure du noyau lenticulaire et le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne.

SUR L'AMÉNORRHÉE D'ORIGINE NERVEUSE

Par le Dr Eugène COULONJOU,
Interne de l'Asile d'aliénés de Montauban.

Notre attention a été plusieurs fois appelée, chez les sujets atteints de psychoses diverses, sur la fréquence des troubles de la menstruation. Ces troubles, chez les aliénées, revêtent une allure un peu spéciale et nous semblent constituer un point assez obscur et délaissé de la pathologie nerveuse. Il serait cependant utile de se rendre un compte exact de la nature et de la pathogénie de ces phénomènes ; peut-être

trouverait-on dans certains cas la raison des rapports encore inexpliqués mais si fréquents qui existent entre certains troubles psychiques et les fonctions vaso-motrices.

Ces rapports ne sont pas douteux; il est d'observation courante que toute modification psychique, même chez les sujets normaux, a un retentissement sur la sphère vaso-motrice : la peur, la joie, la colère, la mise en jeu de certains instincts ou sentiments comme la pudeur, etc., amènent tantôt la pâleur ou la rougeur des téguments, les sueurs, et jusqu'à l'angoisse précordiale. D'autre part, chez les sujets prédisposés, la frayeur ou les chagrins produisant une maladie mentale, peuvent faire penser à une influence plus forte de ces mouvements psychiques sur les vaso-moteurs ; et il est hors de doute qu'un certain nombre de psychoses ont leur origine dans les troubles de l'irrigation cérébrale. Ainsi s'expliqueraient par l'anémie ou vaso-constriction des centres nerveux les états mélancoliques et par l'hyperhémie ou vaso-dilatation paralytique, les états congestifs ou maniaques.

Nous laissons de côté l'hystérie, qui entraîne si fréquemment des troubles inexpliqués de la menstruation, comme de bien d'autres fonctions. Mais, ayant rencontré chez plusieurs malades qui n'ont aucun stigmate d'hystérie une aménorrhée un peu spéciale, nous avons cherché à nous en expliquer les causes. Pour arriver à un résultat certain, il est vrai, il faudrait connaître le mécanisme intime de la menstruation, ou plus spécialement de l'écoulement sanguin accompagnant les règles, et qui est le seul phénomène dont nous constatons la disparition. Or, les physiologistes ne sont guère d'accord sur ce point. Les plus nombreux admettent que l'hémorragie qui accompagne l'ovulation est due à la chute simultanée de l'épithélium utérin ; cette mue utérine serait sympathique du développement de l'ovule, qui est aussi d'origine épithéliale. Cette théorie ne rend pas compte des causes intimes du phénomène, ni des relations prétendues entre les épithéliums ovariens et utérins.

D'autres, avec Ch. Rouget, ayant constaté la présence dans les ligaments larges de fibres musculaires lisses, admettent une contraction périodique de ces fibres, entraînant à la fois l'érection de l'ovaire, l'adaptation de la trompe et la congestion artérielle intense par compression des veines ; ainsi s'ex-

pliqueraient la chute de l'œuf, son arrivée dans la trompe, et l'hémorragie par congestion. Mais on peut se demander pourquoi dans certains cas d'absence de règles, l'ovulation se fait quand même et aussi la fécondation ; d'ailleurs, nous ne voyons pas la cause de la contraction des fibres musculaires.

Il est certain que l'innervation des vaisseaux joue un rôle dans l'hémorragie menstruelle. Comment expliquer autrement les cas si fréquents de déviation des règles ou d'hémorragies supplémentaires par le nez, les oreilles, les poumons, l'intestin, l'estomac. On pourrait alors admettre la théorie de Pflüger : « l'écoulement menstruel est un réflexe provoqué par l'excitation des extrémités terminales des nerfs du follicule, due à la distension de ce dernier. Cette action réagirait sur les centres nerveux et amènerait par voie réflexe la congestion des organes génitaux. » L'hémorragie serait due à un réflexe, dont l'origine serait la distension périodique du follicule. Cette explication rendrait compte de l'indépendance fréquente des deux phénomènes des règles : ovulation et hémorragie et viendrait à l'appui de la théorie de Beigel. L'ovulation aurait toujours lieu ; l'hémorragie pourrait ne pas se produire ou avoir lieu dans un autre endroit. Elle aurait pour cause des phénomènes essentiellement nerveux de vaso-dilatation. Ces phénomènes ne se produiraient pas dans certains états nerveux où les fonctions des centres sont troublées (anémie) ou déviées (psychoses).

Nous admettons très volontiers cette explication : d'abord, elle rend assez bien compte de la périodicité de l'écoulement menstruel, lié à la maturité d'un ovule ; elle permet aussi de comprendre les faits indéniables de fécondation sans règles. Enfin, grâce à elle, nous allons pouvoir chercher une explication aux cas d'aménorrhée transitoire que nous avons observés dans l'évolution des psychoses.

Nous possédons cinq observations, que nous avons recueillies dans les formes suivantes : 1° Une mélancolie simple, sine delirio, chez une jeune malade de quinze ans, peut-être dégénérée ; 2° une manie aiguë, consécutive à une grippe infectieuse, chez une malade de dix-sept ans ; 3° une manie chronique, à sa troisième année d'évolution, chez une malade de vingt-cinq ans ; 4° une imbécillité chez une malade de vingt ans, qui avait toujours été bien réglée ; 5° une manie

intermittente, chez une malade de vingt-quatre ans, présentant à chaque accès une aménorrhée transitoire.

Remarquons d'abord l'existence de l'aménorrhée dans des formes mentales très différentes ; nous avons trois manies, une mélancolie, une imbécillité. Chez aucune de ces malades, il n'y avait de stigmates d'hystérie ; la première est peut-être dégénérée, la dernière l'est certainement. Nous citerons seulement l'observation de celle-ci, parce qu'elle en était à sa troisième récidive et que, mieux que chez les autres, nous y verrons bien établie la relation psycho-génitale.

Observation. — N. L..,, vingt-quatre ans, domestique, originaire du Tarn-et-Garonne, entre le 16 juin dans un état d'excitation intense. C'est sa troisième séquestration, la première, à dix-neuf ans, a duré trois mois ; le deuxième à vingt ans a duré deux mois et demi. Elle est sortie chaque fois guérie. Cette fois-ci, à la suite de la peur d'un orage, trois jours avant, elle s'est mise à délirer violemment ; se croyait en feu, précipitée dans l'enfer, voyait le diable ; refus de s'alimenter ; sitiophobie, insomnies, violences envers son entourage ; prédominance d'idées mystiques ; besoin de marcher, de parler ; hallucinations de la vue et de l'ouïe ; voit et entend son père mort depuis quinze ans ; menace des personnes imaginaires.

Antécédents héréditaires. — Le père se suicide à cinquante-deux ans, à la suite de chagrins après avoir présenté quelques troubles mentaux. La mère et les six frères ou sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — Elevée chez des religieuses, instruction assez bonne. A toujours été un peu nerveuse, réagissait vivement à toutes les impressions morales ; cet état paraît attribuable à l'anémie pour laquelle on l'a toujours traitée. Elle avait parfois des crises très violentes de colère, avec tremblements, mais sans perte de connaissance. — Les premières règles n'ont apparu qu'à seize ans et seulement après les premiers rapports sexuels ; elles ont toujours été un peu irrégulières, avec des retards ou des avances ; lors de son premier internement elles ont été supprimées pendant quatre mois ; après sa sortie, la malade prit de l'armoise, sur les conseils d'une vieille femme. Seconde suppression des règles lors du second internement ; elles reparaissent à la sortie, à l'aide de quelques préparations ferrugineuses. Cette fois-ci, elle n'avait pas eu ses règles, le mois de son entrée, elles avaient fort diminué depuis quelques mois. La malade n'a jamais eu de forte hémorragie ; elle avait quelques pertes blanches qui ont disparu depuis l'aménorrhée. Jamais d'épistaxis, ni d'autre hémorragie supplémentaire.

Les troubles délirants du jour d'entrée disparaissent rapidement.

Au bout de quinze jours, la malade est très calme, se rappelle son délire, raisonne, travaille. Elle prend un peu d'embonpoint. Les deux mois suivants se passent sans menstruation. Aux époques de ses règles, il n'y a ni douleurs, ni hémorragies supplémentaires, ni signes de rétention; toutes les autres fonctions s'accomplissent bien. Au mois d'août, à l'époque présumée de ses règles, elle prend de l'apiol : 0 gr. 50 par jour pendant trois jours, sans résultat. Le traitement de la maladie mentale a consisté uniquement dans la balnéation journalière prolongée, et l'alimentation artificielle les quinze premiers jours.

Ainsi, voilà une malade qui, ordinairement nerveuse, emportée et anémique, présente, à chaque émotion un peu forte, une crise de manie aiguë franche. Le suicide du père après quelques troubles mentaux, il y a quinze ans, en fait une dégénérée; il n'y a pas de crises, ni d'autres stigmates d'hystérie. Nous sommes en présence d'une manie intermittente chez une dégénérée. A chacun de ses trois internements, la malade a rapidement recouvré ses fonctions psychiques; elle semble normale dans les intervalles. La forme mentale ainsi établie en dehors de la névrose hystérique, il reste à nous expliquer la suppression des règles survenant à chaque accès de manie. Cette suppression peut être attribuée à trois causes : l'état d'anémie; la congestion cérébrale ; les troubles de l'innervation génitale.

La malade a toujours été considérée comme anémique; elle a longtemps avalé du fer, du jus de viande, du sang, tout ce qui, dans son milieu, passe pour accroître le nombre des globules. A vrai dire, aujourd'hui, elle ne présente pas de signes d'anémie. Elle a le teint et les muqueuses colorés, n'a pas de palpitations ni d'essoufflement, ni d'œdèmes; les règles ont été supprimées brusquement et leur suppression chaque fois coïncide avec la crise maniaque. De plus, une anémique qui n'a pas ses règles, éprouve en général à leur époque quelques symptômes douloureux se rapportant à l'appareil de l'ovulation. Chez notre malade, il n'y a rien; les époques se succèdent sans modification.

Nous ne croyons donc pas à l'influence d'un état d'anémie hypothétique. Peut-on attribuer l'aménorrhée à la dérivation sanguine provenant de la congestion cérébrale maniaque ? Il y aurait anémie partielle des organes génitaux au profit des centres nerveux; la congestion utéro-ovarienne n'aurait pas lieu. Mais, outre qu'il est difficile

d'imaginer qu'un état congestif du cerveau soit assez prononcé pour anémier à ce point les autres organes, pourquoi la malade continue-t-elle à ne pas avoir ses règles lorsque la congestion cérébrale n'existe plus? Le délire a duré quinze jours ; mais deux mois après, la menstruation ne s'était pas encore rétablie ; cependant la malade était calme, pouvait être considérée comme normale. De plus, nous avons observé la même aménorrhée dans des états mélancoliques, c'est-à-dire d'anémie cérébrale. L'aménorrhée n'est donc occasionnée ici ni par l'anémie générale, ni par l'anémie génitale. Il reste la troisième hypothèse, celle des troubles de l'innervation utéro-ovarienne, et voici l'explication que nous en donnerons :

Périodiquement, un ovule arrive à maturité ; cette maturation s'accompagne de phénomènes congestifs du follicule qui l'entoure ; d'où, irritation intense des nerfs de ce follicule ; cette irritation est transmise par la moelle aux centres encéphaliques de perception, probablement par le faisceau latéral mixte. Mais la perception ne se faisant pas, nous devons admettre que le mouvement nerveux ne se transmet pas jusqu'à l'écorce cérébrale. Il s'arrêterait au bulbe, sans doute à l'endroit de l'entrecroisement des fibres du faisceau latéral mixte ; là, par des fibres commissurales dont l'existence reste à mettre en évidence, il viendrait impressionner les centres vaso-moteurs, que Schiff place dans la protubérance et les pédoncules cérébraux. Le réflexe se produirait alors, qui, par les voies descendantes (cordons antéro-latéraux) viendrait modifier la tonicité des vaisseaux. Cette modification consisterait, à l'état normal dans une excitation des vaso-dilatateurs, d'où congestion génitale et hémorragie.

Supposons maintenant un état psychique anormal, entraînant une perturbation dans les centres encéphaliques. Que cet état soit accompagné de congestion ou d'anémie centrale, nous devons admettre qu'il influe fortement sur certains centres, en particulier sur ceux des vaso-moteurs. En effet, dans les états psychiques, nous observons toujours une modification des réflexes de l'innervation des vaisseaux ; ils sont tantôt exagérés, tantôt abolis, et les rougeurs émotives, les sueurs réflexes, l'angoisse précordiale sont tantôt supprimées, tantôt exagérées dans les psychoses. En règle générale, dans la question qui nous occupe, il y aurait soit suppression du

réflexe de la vaso-dilatation par inhibition, soit exagération du réflexe contraire de la vaso-constriction.

Cette théorie permet de donner une explication à notre cas ; cette explication est confirmée d'abord par le fait de la périodicité de l'aménorrhée, coïncidant toujours avec les accès de manie et les fonctions rétablissant avec l'état mental ; ensuite par l'inefficacité du traitement emménagogue suivi par la malade à plusieurs reprises.

Nous en tirerons la conclusion suivante : l'hémorragie menstruelle est un réflexe, dont le point de départ réside dans les nerfs du follicule et le point d'arrivée dans les vaso-moteurs des organes génitaux. Nous sommes obligés d'admettre, d'autre part, que la plupart des modifications psychiques ont une répercussion sur les réflexes, tantôt pour les produire, tantôt pour les empêcher. Pourquoi n'admettrions-nous pas que le réflexe menstruel est identique à celui de l'angoisse précordiale, par exemple, ou à celui de la sudation émotive, c'est-à-dire capable d'être influencé par les mouvements psychiques ? L'explication intime du phénomène nous échappe ; mais ce n'est pas le seul cas où l'on ait à constater des rapports constants entre des faits d'ordre très différent ; et l'histologie nerveuse, encore si incomplète, nous réserve sans doute de grandes surprises au sujet des fibres inconnues qui relient les divers centres nerveux entre eux et avec le système sympathique.

RECUEIL DE FAITS.

IDIOTIE CONGÉNITALE ; HYPOSPADIAS ET PSEUDO-HERMAPHRODISME EXTERNE ;

Par MM. FAUCHER et BOURDIN,
Médecins à l'Asile de la Charité (Nièvre).

M... Gertrude, cinquante-trois ans, célibataire, sans profession, fille légitime, entre à l'asile de la Charité-sur-Loire, le 29 novembre 1894, comme atteinte d'idiotie congénitale.

I. *Antécédents héréditaires et personnels*[1]. — Les renseignements nous font malheureusement défaut aussi bien sur les *antécédents héréditaires* que *personnels* de notre malade; c'est ainsi que nous ne savons rien de son genre de vie, de ses habitudes, de ses instincts, tous détails qui auraient eu cependant dans l'espèce une réelle importance. La malade a été conduite à l'asile par sa nièce et un voisin; aucun membre de la famille n'est venu assister à l'enterrement.

II. *Etat physique.* — M... est de petite taille (1 m. 50), de constitution suffisamment robuste. Ce qui frappe au premier abord dans sa physionomie, c'est la présence d'une barbe épaisse, d'un noir foncé, qui lui donne un air rude et absolument masculin. Les cheveux sont également noirs, longs et touffus. Le crâne est aplati sur les côtés, rétréci par suite dans le sens transversal, tandis qu'il est un peu allongé dans le sens antéro-postérieur (dolichocéphalie). Le front est assez haut mais étroit; arcades sourcilières saillantes; sourcils noirs et fournis. La glabelle est très accusée et détermine un sillon cutané assez profond au niveau de la racine du nez. Celui-ci n'offre rien de particulier, non plus que les oreilles, qui sont de dimensions moyennes, assez bien ourlées, à lobule non adhérent. Les lèvres sont épaisses; la bouche un peu grande; la voûte palatine est ogivale, la dentition en mauvais état; beaucoup de dents manquent, cependant les incisives inférieures gauches existent encore, elles sont petites et étroites, comme il est de règle dans le sexe féminin. Ajoutons que la peau du visage est ratatinée, creusée de rides nombreuses et profondes; le regard terne, la physionomie dans son ensemble peu expressive.

Le *cou* est gros et court (35 centimètres de circonférence); le larynx mesure environ 8 centimètres de hauteur; la saillie du cartilage thyroïde (pomme d'Adam) est très prononcée. La voix de la malade est absolument masculine.

Le *thorax* est peu développé; sa largeur, d'un acromion à l'autre, est de 35 centimètres. La circonférence sous les aisselles est de 85 centimètres. La hauteur approximative de la cage thoracique, mesurée verticalement du milieu de la clavicule au rebord costal est de 32 centimètres. En arrière, la distance de la crête de l'omoplate aux fausses-côtes est de 35 centimètres. La poitrine de la malade est bombée en avant; on y constate la présence de deux *mamelles* volumineuses, avec aréole brunâtre et bien développée; les mamelons sont très allongés. A la palpation, on sent de nombreux globules glandulaires; cependant le réseau veineux mammaire est peu apparent; pas de tubercules de Mont-

[1] L'observation de cette malade, due à M. Margouliès, interne du service, a été relatée dans le Rap. méd. de l'Asile de la Charité (1895).

gomery. La peau du thorax, comme aussi celle de l'abdomen, est remarquable par sa blancheur et sa finesse; elle est absolument glabre; on ne trouve guère de poils que sous les aisselles.

Pas de déformation thoracique. A l'auscultation, signes d'emphysème pulmonaire. Le cœur est un peu gros, sans lésion valvulaire. — Ombilic normal; les fesses sont plates; pas d'ensellure lombaire; pas de saillie bien marquée des hanches. La circonférence au niveau des crêtes iliaques est de 86 centimètres.

Les *membres* sont grêles, les muscles peu développés. Le bras, à sa partie moyenne, mesure 21 centimètre à droite et 21 à gauche. La main est petite, les doigts sont fins et allongés en fuseau; pas de callosité de la face palmaire. La main droite mesure 18 centimètres de longueur, la gauche 16. — Les fémurs ne présentent pas l'incurvation ordinaire dans le sexe féminin; les cuisses mesurent, à leur partie moyenne, 36 centimètres; la circonférence au niveau des genoux est de 29 centimètres 1/2. La longueur des cuisses, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule, est de 41 centimètres; celle des jambes, de la rotule à la malléole externe, de 34 centimètres et demi. Ces dimensions sont les mêmes à droite et à gauche. Le pied est petit, bien cambré. La peau des membres rappelle de tous points celle du tronc; comme celle-ci, elle est blanche, fine, et dépourvue de poils, si ce n'est quelques-uns à la partie antéro-externe des cuisses. La couche adipeuse sous-cutanée est relativement épaisse.

Organes génitaux : Au niveau de la symphyse pubienne, le système pileux est très développé. Les poils sont longs, roides, d'un noir foncé ; ils sont disposés en triangle, mais ce triangle est mal délimité et l'on voit quelques poils aberrants de chaque côté dans le pli abdomino-crural. Les poils se retrouvent au périnée, jusqu'en arrière de l'orifice anal, qui est lui-même entouré d'une touffe abondante.

Sur la ligne médiane, au-dessous du pubis, se voit un petit organe qu'il est aisé de reconnaître pour une *verge* rudimentaire; elle mesure 6 centimètres de longueur de l'extrémité à la racine des corps caverneux ; elle se termine par un petit *gland* avec rebord cutané ou *couronne* bien net et caractéristique. Ce gland a 2 centimètres de longueur sur 1 c. 1/2 environ de large, ce qui ne laisse que 4 centimètres pour la verge proprement dite; encore celle-ci ne fait-elle guère saillie que sur une longueur de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, la racine des corps caverneux étant dissimulée sous le tissu adipeux de la région symphysienne. Le gland est imperforé; cependant au point où devrait être normalement le méat, on voit un petit cercle bleuâtre de 1 millimètre environ de diamètre.

La peau recouvre la face supérieure et les faces latérales de la verge, mais la face inférieure est à nu ; la peau forme donc une

sorte de pont, et va ensuite se confondre avec celle des régions latérales. La verge ainsi recouverte d'un prépuce incomplet ressemble assez à un clitoris coiffé de son capuchon; les deux petits replis cutanés qui en se réunissant sur la ligne médiane forment ce capuchon représenteraient les *petites lèvres*. — Le prépuce descend sur le gland, mais celui-ci peut être facilement découvert.

De chaque côté, deux larges replis cutanés, couverts de poils, simulant grossièrement deux *grandes lèvres*, mais ils ne sont pas réunis *en avant*, où ils laissent à découvert les petites lèvres, non plus qu'*en arrière*, de sorte qu'ils restent accolés et pendants entre les cuisses. Ils offrent chacun une saillie très apparente sur laquelle nous reviendrons.

Si on écarte ces deux replis on découvre sur la ligne médiane, au-dessous ou plutôt en arrière de la verge, une petite surface rectangulaire, allongée dans le sens antéro-postérieur, où la peau est recouverte d'une mince membrane rosée, présentant quelques stries longitudinales. Cette surface a 3 centimètres de long sur 1 centimètre environ de large. Elle aboutit en arrière à une ouverture linéaire par laquelle il est facile d'engager une sonde. Cette sonde pénètre alors dans un canal et donne bientôt issue à de l'urine; ce canal est donc l'urèthre, et l'orifice est le méat. Mais ce méat est large, dilatable et n'offre aucunement l'apparence d'un méat normal. Dès qu'on y introduit la sonde, il prend l'aspect d'un triangle dont le sommet serait en avant. La base postérieure est formée par une bride cutanée, de coloration rosée. — Cette bride cutanéo-muqueuse est tout ce qui existe de la paroi inférieure de l'urèthre pénien ; la paroi supérieure est représentée par cette petite surface rectangulaire, recouverte d'une mince membrane, que nous avons décrite en avant de l'urèthre; le méat n'existe pas, et est remplacé par l'orifice anormal où s'engage la sonde.

Pour compléter l'examen extérieur de la région, disons que sur les *côtés*, on trouve dans les replis cutanés simulant les grandes lèvres, deux corps ovoïdes, mesurant, celui de droite 6 centimètres de longueur sur 2 centimètres 1/2 d'épaisseur, celui de gauche 6 centimètres 1/2 sur 3, et surmontés d'un corps allongé qui leur est intimement uni et se continue avec un cordon s'engageant dans le canal inguinal. Il s'agit donc de testicules avec épididyme et canal déférent. Le testicule gauche descend un peu plus bas que le droit; de plus, on trouve au-dessous de lui, et faisant corps avec lui, une masse arrondie, de la grosseur d'une petite noix, lisse, rénitente, qui fait songer à une tumeur liquide de petit volume. — L'anus est large et ouvert, facilement dilatable, en infundibulum : il est entouré de quelques petits nodules hémorrhoïdaires. Le toucher rectal permet de sentir une prostate de faibles dimensions.

III. *Fonctions.* — L'état général de notre malade à son entrée est très satisfaisant; elle est calme, mange et dort bien. — La sensibilité générale est un peu émoussée ; les mouvements s'accomplissent avec assez de souplesse ; les réflexes sont normaux. — Pas de troubles sensoriels. — Démarche un peu lourde. La miction s'accomplit à croupetons; la conformation de la région périnéale fait suffisamment comprendre qu'il n'en saurait être autrement. — Au point de vue de l'*érection* et de la *copulation*, nous ne savons absolument rien, les renseignements font absolument défaut sur les instincts et les tendances sexuelles du sujet.

IV. *Etat psychique.* — Le vocabulaire de M... est très borné ; elle répond le plus souvent aux questions simplement par oui ou par non, toujours en accompagnant ses réponses d'un sourire niais. Elle ne répond même pas constamment, et il est à supposer qu'elle ne comprend pas la plupart des questions qui lui sont adressées. Elle reconnaît les personnes qui l'entourent, mais est absolument incapable de fournir aucun renseignement sur sa vie antérieure. Son attention est peu soutenue, sa mémoire très faible. Depuis sa naissance, elle n'a jamais, paraît-il, présenté une lueur d'intelligence; elle n'a été susceptible d'aucune éducation ni instruction. Elle est signalée comme très irascible; elle se fâche pour les motifs les plus futiles et se montre alors prête à frapper avec tout ce qu'elle trouve sous sa main. C'est ainsi qu'avant son internement elle s'est livrée à des voies de fait sur un garde-champêtre qui lui faisait des observations parce qu'elle faisait aller les oies qu'elle était chargée de garder, sur les terres des voisins. Ceux-ci eurent plusieurs fois à se plaindre de ses fureurs.

Le 24 janvier 1899, M... se plaint à la visite du matin de souffrir de tout le corps, d'une façon d'ailleurs vague et sans pouvoir donner, même par geste, une indication sérieuse. L'état général est relativement satisfaisant ; rien au cœur ni aux poumons, si ce n'est quelques signes d'emphysème. La malade meurt subitement le lendemain, à 7 heures du matin.

V. *Autopsie* [1]. — Amaigrissement considérable ; la couche adipeuse sous-cutanée est moins développée qu'à l'entrée de M... à l'asile; cependant la peau du tronc et des membres a gardé sa blancheur et sa finesse et contraste étrangement avec la peau du visage, ridée et flétrie, couverte d'une barbe noire et hirsute. Les seins sont devenus flasques et pendants; les lobules glandulaires ne sont plus sensibles au palper; la glande apparaît à la coupe très atrophiée.

Tête : Les os du crâne sont peu épais. Pas d'adhérences des

[1] L'autopsie a été faite vingt-six heures *post mortem*.

méninges; peu de liquide céphalo-rachidien. — Le poids de l'encéphale est de 1.155 grammes, se décomposant ainsi :

Cervelet, isthme et bulbe.	170 gr.
Hémisphère droit (non dépouillé de ses méninges). .	480 —
Hémisphère gauche	505 —

Le *cervelet* n'offre rien de particulier. — Les *artères* de la base du cerveau sont très athéromateuses; le tronc basilaire et les sylviennes entre autres sont transformés en cordons calcaires. Les *circonvolutions* des lobes frontaux sont petites, notablement atrophiées. — Aux coupes de Pitres, on découvre, au sein de l'hémisphère gauche, un petit *foyer hémorragique* récent, au niveau de la capsule externe et de la partie voisine du noyau lenticulaire (segment externe). C'est probablement l'artère de la capsule qui par sa rupture a causé l'hémorragie; on sait que la capsule externe était pour Charcot le siège le plus fréquent des hémorragies cérébrales. — Rien à l'hémisphère droit.

Thorax : Pas d'adhérences ni d'épanchement pleural. Emphysème pulmonaire, mais peu développé; hypérémie et œdème de la base des deux *poumons*. Le droit pèse 430 grammes, le gauche 450 grammes. Au niveau du lobe moyen du poumon droit, on sent au palper une zone d'induration; à la coupe, cette portion du poumon a une coloration grisâtre ou légèrement jaunâtre, et apparaît formée de petits nodules indurés. Il s'agit sans doute d'un noyau de *pneumonie chronique* non tuberculeuse, n'ayant donné que peu d'accidents durant la vie. — Le *cœur* pèse 340 grammes; il y a hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Pas de lésions valvulaires, pas d'athérome de la crosse aortique ni des artères coronaires ou des valvules sigmoïdes. — Peu de liquide dans le péricarde; il ne dépasse pas la quantité normale.

Abdomen : Le *foie* pèse 1.530 grammes; il présente à sa surface de gros sillons longitudinaux dans le sens vertical qui tendent à le segmenter en lobules secondaires. Il est normal à la coupe. — La *rate* est un peu congestionnée. — Le *rein droit* pèse 140 grammes. Le gauche également. A la palpation, on sent des portions indurées; au niveau de celles-ci, la substance corticale est un peu épaissie. L'absence d'examen microscopique ne permet pas d'affirmer l'existence d'un certain degré de néphrite chronique. — La capsule se détache d'ailleurs sans difficulté; la striation des deux substances est partout très nette. — Péritoine normal; pas d'ascite.

Organes génitaux : On trouve la vessie immédiatement derrière le pubis; pas trace d'ovaire ou d'utérus. Organes génitaux internes mâles; prostate un peu petite.

L'*urèthre* présente, pour sa portion prostatique 3 centimètres de longueur; le bulbe est bien développé, et la portion bulbeuse de

l'urèthre est de 3 centimètres. La portion spongieuse n'existe guère que sur 2 centimètres 1/2 d'étendue ; c'est la longueur de la bride cutanéo-muqueuse qui limite en arrière l'orifice uréthral. Autrement dit, tandis que la paroi supérieure de cette portion spongieuse mesure 4 à 5 centimètres, la paroi inférieure n'en a que deux et demi, ce qui donne 8 centimètres 1/2 environ de longueur réelle, et 11 centimètres 1/2 de longueur apparente jusqu'au niveau de l'angle pénien. Ajoutons enfin que l'ouverture uréthrale est à 4 centimètres en avant de l'anus.

Les *canaux déférents*, les *épididymes* sont normaux. Les *testicules* sont bien développés ; ils offrent sur la coupe leur aspect ordinaire, avec substance fondamentale gris jaunâtre, adhérente à l'albuginée. Les hydatides pédiculées sont très apparentes, et à long pédicule. La petite tumeur que nous avons signalée à gauche, au-dessous du testicule, est intimement soudée à cet organe, accolée à sa face inférieure. Cette tumeur est un petit kyste biloculaire ; une des poches, la plus grande, ayant à peu près les dimensions d'une noisette, contient un liquide clair et transparent ; l'autre, un peu plus petite, est pleine d'un liquide blanchâtre, lactescent. — Le *testicule gauche* pèse 22 grammes, le *droit* 26.

La section de la *verge* montre la présence de deux corps caverneux imparfaitement développés. Au niveau du gland, la coupe transversale révèle l'existence d'un petit cul-de-sac non ouvert à l'extérieur ; c'est ce cul-de-sac de 1 centimètre de long, sur 1 millimètre environ de diamètre, qu'on aperçoit par transparence et qui donne à la peau, au point où devrait se trouver normalement le méat, une coloration bleuâtre, au moins sur le cadavre. Un petit pont cutané ferme donc en avant ce petit cul-de-sac.

Bassin : Ajoutons, pour terminer cette description, que le bassin est bien conformé ; il est peu élargi transversalement, ce qui explique que les hanches soient peu saillantes. Les deux moitiés semblent absolument symétriques. Les principales dimensions sont les suivantes :

D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre : 25 centim. De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne : 14 centim. Du promontoire au pubis : 10 centim. Du promontoire à la pointe du coccyx (en flèche) : 12 centim. Du promontoire à chacune des tubérosités ischiatiques : 16 centim. Hauteur du bassin (du point le plus élevé des crêtes iliaques au plan horizontal passant par les tubérosités sciatiques) : 19 centim.

VI. Réflexions. — 1° Il est regrettable qu'il n'ait pu nous être fourni par la famille aucun renseignement sur les *antécédents* de la malade. C'est malheureusement ce qui arrive souvent dans nos asiles d'aliénés, malgré le soin que l'on prend, en particulier à la Charité, de prier les médecins

signataires du certificat d'admission, de remplir eux-mêmes la feuille de renseignements. Il est surprenant que le docteur qui a examiné M... au dehors, et qui avait reconnu l'hypospadias, n'ait pas cru devoir fixer davantage son attention sur ce point particulier ;

2° La partie surtout intéressante de l'*examen physique* de M..., c'est évidemment l'état de l'appareil génital. Il s'agit manifestement d'un cas d'*hypospadias* très accentué (hypospadias périnéal de Bouisson, périnéo-scrotal de Duplay). On sait que Bouisson admet quatre variétés d'hypospadias : *balanique*, *pénien*, *scrotal* et *périnéal*, selon que l'ouverture hypospadienne siège sur le gland, sur la verge, à l'angle du pénis et du scrotum, ou au périnée. Duplay accepte cette subdivision, mais appelle les deux dernières variétés : péno-scrotale et périnéo-scrotale. Quoi qu'il en soit, c'est à la catégorie périnéale qu'appartient notre sujet, puisque l'orifice uréthral est situé chez lui à 3 centimètres en arrière de l'angle péno-scrotal. Dugès (Ephémérides de Montpellier, 1827) désigne cette variété sous le nom d'hypospadias *vulviforme*, à cause de l'aspect plus ou moins comparable à une vulve, que présente le scrotum divisé sur la ligne médiane. Dans notre cas, cette apparence est assez grossière ; les deux moitiés du scrotum ne sont pas réunies en arrière, et la saillie des testicules dans chacune des deux poches attire tout de suite l'attention ; Sans doute on pourrait songer à des ovaires en ectopie ; mais, outre la rareté du fait, la palpation dissipe vite toute hésitation, puisqu'on sent facilement l'épididyme et le cordon en continuité directe avec l'organe.

Cet hypospadias a entraîné un *arrêt de développement* de tout l'appareil génito-urinaire externe. Tandis que toute la portion profonde de l'urèthre (urèthre postérieur) est bien développé, comme l'a montré l'autopsie, il ne s'est formé, de la portion spongieuse, que la paroi supérieure ; il manque presque toute la paroi inférieure, qui est réduite à un mince lambeau cutanéo-muqueux de 2 centimètres et demi, environ de longueur d'avant en arrière. L'enveloppe des bourses ou scrotum est restée bifide ; ses deux moitiés, contenant chacune un testicule de dimensions normales, sont représentées par les deux replis cutanés que nous avons décrits, et qui ne rappellent vraiment que de très loin des grandes lèvres. Le raphé médian n'existe pas ; dans beaucoup de cas cependant,

il est signalé comme représenté par une bride médiane placée sous la verge et s'étendant plus ou moins loin sur le périnée; cette bride incurve alors la verge en bas. Rien de semblable n'existe chez notre sujet; mais la verge est très petite, très atrophiée; le gland, les corps caverneux sont rudimentaires, et le méat n'est pas formé. Aucune trace d'orifice vaginal.

Comment s'expliquer l'erreur de sexe qui a été commise à la naissance? M..., en effet, est inscrite comme fille sur les registres de l'état civil, et c'est comme femme également qu'elle a été placée à l'asile. Cependant nous avons vu que l'examen attentif des organes génitaux externes suffit pour éviter l'erreur, du moins actuellement. En était-il de même à la naissance? Il est difficile de se prononcer; il semble peu probable cependant que l'accouchement ait été fait par un médecin. Toutefois, il faut tenir compte de la possibilité d'une descente tardive des testicules : « Il n'y a personne, dit Debierre, qui n'ait entendu parler de filles devenant subitement garçons au moment où elles franchissaient un fossé ou faisaient un effort violent. » C'est généralement à l'âge de la puberté que se fait cette descente tardive des testicules, néanmoins, elle a pu se faire à un âge plus avancé, et Landouzy (de Reims) rapporte le cas de Marie Goulich, considérée comme fille à sa naissance, et chez qui la descente des testicules eut lieu à trente-trois ans.

Peut-on ranger M..., qui fait l'objet de notre observation, dans la catégorie des *hermaphrodites?* L'hermaphrodisme, pour Geoffroy Saint-Hilaire, est la réunion, apparente ou réelle, complète ou incomplète, des deux sexes sur le même individu. L'hypospadias donne souvent lieu à des hermaphrodismes; mais il ne suffit pas à lui seul à en constituer une variété. Pour qu'il y ait hermaphrodisme, il faut que l'hypospadias se complique (Klebs) de modifications dans l'habitus général du corps telles que le type sexuel s'en trouve altéré d'une façon notable. Or le mélange de ce qu'on appelle les *caractères sexuels secondaires*, qui sont tous ceux non tirés de l'état des parties génitales, est très complexe, et il n'y a pas à compter sur eux pour classer le sujet dans l'un ou l'autre sexe. C'est la glande génitale seule, ovaire ou testicule, qui détermine le sexe; l'*hermaphrodisme vrai*, c'est-à-dire la réunion sur un même être de testicule et d'ovaire, n'est pas admise par tous les auteurs pour l'espèce humaine.

S. Pozzi le nie formellement; tandis qu'Herrmann, Debierre, E. Laurent, et la plupart des auteurs avec eux l'acceptent. On s'explique peut-être ces divergences d'opinion, si on se reporte aux premières phases du développement embryogénique; il existe une période où ovaires ou testicules ne sont pas encore nettement différenciés, et on a relaté des autopsies d'hermaphrodites chez qui les glandes génitales en étaient restées, au moins l'une, à ce stade de l'évolution.

M... a, malgré les apparences, les organes génitaux externes d'un homme; les testicules sont même faciles à reconnaître. De plus, l'autopsie ne nous a montré aucun vestige d'organe sexuel féminin. Il n'y a donc pas le moindre doute sur la sexualité; et cependant il serait impossible, par l'habitus général du corps, d'affirmer le sexe. Le sujet était mâle par la barbe, la voix, le larynx, par le bassin; il était femme par la chevelure, la peau du tronc et des membres, la finesse des dents, la gracilité des os, la forme du thorax, et surtout par le développement des seins.

Nous plaçons ci-contre une photographie de M... due à M. Rigal, interne du service, destinée à montrer l'aspect du visage et des organes génitaux externes.

Nous pouvons donc ranger M... dans les *pseudo-hermaphrodites* masculins, puisque l'hypospadias se complique chez lui de modifications de l'habitus extérieur du corps, pouvant jusqu'à un certain point induire en erreur pour la détermination du sexe. Ces caractères féminins que nous trouvons chez M... sont eux-mêmes dus à un arrêt de développement, au moins d'après la théorie généralement admise. Faut-il regarder le développement imparfait du tronc et des membres comme la conséquence directe de l'hypospadias, ou bien l'un et l'autre relèvent-ils d'une même cause efficiente ayant simultanément produit un double arrêt de développement? Cette dernière interprétation semble au premier abord peu vraisemblable; on connait en effet les modifications curieuses qui surviennent dans l'organisme à la suite de l'atrophie des organes génitaux. « On sait, dit Debierre, que, chez les mâles privés de leurs testicules par la castration, les caractères masculins ou bien ne se développent pas, ou bien s'éteignent, de sorte qu'ils ne s'éloignent pas ou bien se rapprochent du type femelle. Les chapons n'acquièrent ni le plumage ni le chant du coq; le cheval hongre perd sa vivacité et l'ar-

deur qui en fait à la fois la beauté et le danger; l'eunuque des harems, comme jadis les chantres de la Chapelle Sixtine, n'acquiert ni la corpulence ni la voix propre à son sexe. — Mais ce qu'il y a de plus curieux et de plus surprenant, c'est que, par ces phénomènes inverses on voit des femelles prendre, après l'ablation des ovaires, des caractères qui n'ap-

Fig. 7.

partiennent qu'aux mâles : la vieille poule qui a passé l'âge des amours prend un plumage brillant, des ergots acérés et jusqu'aux instincts bruyants et belliqueux du coq. » Chez la femme, après la ménopause, il n'est pas rare de voir apparaître une barbe plus ou moins épaisse, en même temps que la voix prend un timbre absolument masculin.

Il est donc probable que la présence de caractères féminins chez un hypospade, chez notre sujet en particulier, n'est pas le fait d'une coïncidence fortuite, mais que l'hypospa-

dias est la cause même de l'apparition des signes féminins. L'hypospadias étant créé, a entraîné un arrêt dans le développement de l'habitus général.

3° La *miction* s'accomplissait chez M... dans la station accroupie, comme chez la femme; le sujet d'ailleurs s'était toujours considéré comme femme. Nous n'avons aucun renseignement sur la possibilité chez lui d'*érection* et de *copulation :* l'atrophie de la verge et des corps caverneux devait rendre à peu près impossible, en tout cas très imparfaite, l'érection. Nous en dirons autant de la copulation : quant à la *fécondation,* elle est considérée généralement comme incompatible avec ce degré d'hypospadias ; il y a lieu de remarquer à ce sujet le développement des testicules, qui ont tous deux le poids et le volume normal. La prostate, par contre, est un peu petite.

4° L'*autopsie* a nettement révélé les causes de la mort, qui ne peut être attribuée qu'à l'hémorragie cérébrale de l'hémisphère gauche. La pneumonie chronique, qui n'a jamais donné lieu à des symptômes alarmants, a pu cependant débiliter le sujet et précipiter le dénouement.

A noter le poids de l'encéphale, sensiblement inférieur à celui de la moyenne, surtout dans le sexe masculin ; l'atrophie des circonvolutions frontales, l'athérome qui a été la cause prédisposante de l'hémorragie du cerveau. Le cœur est gros, ce qui peut s'expliquer par une lésion rénale possible ou par la présence même des lésions athéromateuses.

Il est difficile de se prononcer, en l'absence d'examen microscopique, sur la nature du petit kyste biloculaire attenant au testicule gauche. Il est probable que ce kyste était congénital, et s'était formé aux dépens d'un diverticulum de la queue de l'épididyme; peut-être l'une des deux poches, dont le contenu est blanchâtre, d'aspect laiteux, contenait-elle des spermatozoïdes dissous.

5° En ce qui concerne l'*état psychique* de notre malade, il est permis de se demander s'il existe une relation de cause à effet entre l'idiotie congénitale du sujet et l'hypospadias. La question est anologue à celle que nous avons discutée à propos de l'état physique; mais ici le problème est singulièrement plus ardu.

L'idiotie congénitale est une lésion d'évolution, un arrêt de développement de l'organisation psychique, comme l'hy-

pospadias est un arrêt du développement physique. Il existe donc entre ces deux lésions une parité incontestable d'origine. Chez M..., l'idiotie semble tenir principalement à une dysgénésie fonctionnelle; l'atrophie des circonvolutions, la malformation crânienne, ne sont pas tellement accusées qu'elles ne puissent se rencontrer chez un individu de mentalité plus élevée. Nous ne trouvons point chez M... quelqu'une de ces grosses lésions comme en décrit M. Bourneville : porencéphalie vraie ou fausse, hydrocéphalie, microcéphalie, plagiocéphalie, etc. Il est vrai qu'il faut tenir compte des lésions histologiques probables; néanmoins on peut dire que l'arrêt de développement de la masse encéphalique n'est pas des plus accentuée. Au contraire, nous avons vu que le degré de l'hypospadias était des plus avancés. Dès lors on doit admettre que le cerveau a poursuivi son développement alors que depuis longtemps celui de l'appareil génito-urinaire externe était arrêté. C'est environ à la quinzième semaine de la vie intra-utérine que se produit l'hypospadias vulviforme; le cerveau de M... s'est certainement développé bien au delà de cette limite, mais la question est de savoir si l'hypospadias une fois créé n'a pas pu nuire dans une certaine mesure, par une espèce de sympathie encore inconnue, au développement normal du cerveau, comme il a nui au développement régulier de l'habitus général du corps. L'hypospadias serait alors la cause provocatrice de l'idiotie. Il est évident que cette relation causale est bien difficile à démontrer; mais il ne répugne pas à l'esprit d'en admettre la possibilité.

On accorde plus généralement que l'idiotie et l'hermaphrodisme sont les deux effets d'une même cause, la *dégénérescence héréditaire*. L'hermaphrodisme à tous ses degrés n'a que la valeur d'un stigmate physique de dégénérescence, au même titre que la profondeur de la voûte palatine que nous avons notée également chez M.... L'idiotie n'est que le degré le plus avancé de la dégénérescence psychique : d'où la relation que cette théorie établit entre les deux lésions. Il est alors nécessaire d'admettre que la coïncidence n'est pas fortuite, et que les hermaphrodites sont des débiles au point de vue mental. C'est ce que dit en effet E. Laurent : « Au point de vue intellectuel, les hermaphrodites sont presque toujours des êtres inférieurs. A la dégénérescence physique correspond bien souvent la dégénérescence psychique. »

Le Dr Pierre Loüet (thèse de Bordeaux, 1889) a observé plusieurs individus atteints de mono ou de cryptorchidie, une des lésions les plus fréquemment causes d'hermaphrodisme, qui étaient des imbéciles ou des débiles; il a vu en particulier un hypospade scrotal qui était manifestement un déséquilibré. Magnan a signalé à la Société médico-psychologique deux cas d'individus, hermaphrodites simples, et qui, au point de vue intellectuel, étaient des débiles. Moreau (de Tours) a également observé un être âgé de douze ans, réputé fille, garçon en réalité, et atteint de débilité mentale. Christian, Legrand du Saulle avaient déjà mis en relief l'importance des malformations génitales (cryptorchidie, hypospadias) sur le développement des maladies mentales; Raffegeau, dans sa thèse, étudie aussi l'influence étiologique de ces malformations dans la genèse de certaines folies. Il s'agit, il est vrai, dans ces cas, de folies acquises, qui se développent après la puberté, lorsque le malheureux porteur de ces lésions comprend et se préoccupe de la situation sociale qu'elles lui créent; mais on peut admettre qu'il faut néanmoins une certaine prédisposition à la folie, et c'est ce que fait observer Raffegeau, qui conseille aux médecins aliénistes et légistes de considérer les sujets de ce genre comme des dégénérés et de les traiter comme tels.

Ce sont surtout MM. Bourneville et Sollier qui ont étudié la fréquence de la coexistence d'un certain degré de débilité mentale et de malformations de l'appareil génital; or, parmi les « anomalies sexuelles des épileptiques et des idiots », l'hypospadias à ses divers degrés est une des plus fréquentes : il a été trouvé dix-sept fois sur 260 sujets, débiles, idiots ou épileptiques, alors qu'à l'état normal il ne se rencontre guère qu'une fois sur 300 individus (Rennes et Bouisson); encore ce chiffre semble-t-il beaucoup exagéré.

Il est donc manifeste que l'hermaphrodisme, même dans ses formes les plus simples, se complique fréquemment de déchéance intellectuelle. Il est vrai que certains hermaphrodites ont été trouvés intelligents, actifs et laborieux; mais tous seraient déséquilibrés par quelque point : ce seraient des impulsifs, les uns mélancoliques jusqu'au suicide, les autres maniaques. Chez notre sujet, il est remarquable de voir coïncider une idiotie congénitale à peu près complète avec un degré d'hermaphrodisme des moins avancés : il n'y avait

chez lui aucune dépression simulant plus ou moins un vagin rudimentaire.

Nous devons par conséquent conclure qu'idiotie et arrêt de développement des organes génitaux se trouvent fréquemment associés chez le même individu, et relèvent d'une cause unique, la *dégénérescence héréditaire*.

VII. Bibliographie. — Consulter principalement : 1° F. Guyon. *Vices de conformation de l'urèthre chez l'homme* (Thèse d'agrégation, 1865) ; — 2° S. Pozzi. *Traité de gynécologie* (1890) ; — 3° Raffegeau. *Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme* (Thèse de Paris, 1884) ; — 4° Bourneville et Sollier. *Anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques* (in *Recherches clin. et thérap. sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, 1888 1898) ; — 5° Sollier. *Physiologie de l'idiot et de l'imbécile* (Paris, 1891) ; — 6° Art. *Idiotie*, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Chambard ; — 7° Art. *Hermaphrodisme*, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Hermann ; — 8° Em. Laurent. *Les Bisexués* (*Gynécomastes et Hermaphrodites*) (G. Carré, 1894, Paris) ; — 9° Et surtout le petit ouvrage si instructif de notre savant maître, le Dr Debierre (de Lille) : *l'Hermaphrodisme* (J.-B. Baillière, 1891, Paris).

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XVI. Une observation de pseudo-tabes; par le Dr Valin. (*Union médicale du Canada*, n° 5, 1899.)

Communication au *Comité d'Etudes* de l'Université de Montréal, avec présentation du malade guéri. Très fine observation clinique sur un cas diagnostiqué *tabes* par un professeur anglais de neurologie. Le malade vint trouver l'auteur, avec ce diagnostic décourageant et l'affirmation que la médecine ne pouvait rien faire pour lui. Un examen minutieux décelait chez lui sept signes évidents de tabes : 1° signe de Romberg; 2° signe de Wesphal; 3° crises gastriques; 4° douleurs fulgurantes; 5° engourdissement, fourmillements, dérobement des jambes; 6° démarche ataxique; 7° défaillance génitale graduellement progressive. La recherche des commémoratifs permettait de nier toute hérédité nerveuse, et d'éliminer au point de vue personnel toutes les intoxications, la syphilis et les traumatismes. Le bilan des antécédents comprenait seulement : rougeole, variole, rhumatisme inflammatoire, *incontinence d'urine dans l'enfance*, épistaxis dans l'adolescence, existence

très ancienne *d'un point douloureux au creux épigastrique*. Mais le Dr Valin se tenait au courant des travaux de Charcot et de ses élèves, et il pensa de suite à l'existence d'un pseudo-tabes hystérique. Il rassura son client et lui déclara qu'il pensait pouvoir l'améliorer et peut-être le guérir, et puis il le soumit à un traitement électrique par les bains statiques biquotidiens. Dès les premières séances les symptômes tabétiques disparurent; au bout d'un mois de traitement le malade était complètement rétabli. Depuis un an sa guérison se maintient complète.

« Vous savez, messieurs, dit l'auteur, combien nos confrères anglais négligent tout ce qui ne sort pas de leur pays. Pour moi, c'est avec un grain de science que j'ai pu en remontrer à un professeur beaucoup plus savant que moi, et ce grain de science me vient de France ». R. Charon.

XVII. **Maladies du sympathique**; par B. Robert.
(*Revista de Medicina y cirugia*, n° 553.)

On ne recherche pas assez en pathologie l'état des fonctions du sympathique; il ne suffit pas de reconnaître l'importance du rôle qu'il joue dans la migraine, l'hémiatrophie faciale, la maladie de Basedow, la pseudo-hypertrophie musculaire, l'asphyxie locale. Pour bien d'autres maladies des perturbations viscérales instables et non rattachables à une lésion des organes intéressés doivent faire porter les recherches vers la chaine ganglionnaire. Combien de phénomènes cutanés, rénaux, hépatiques, oculaires, cérébro-spinaux, etc., simulent des troubles organiques définis des viscères correspondants! Mais ces phénomènes qui disparaissent plus ou moins subitement n'ont d'autre cause qu'une ischémie ou une hyperémie capillaire locale, ou tout autre trouble plus intime encore de l'innervation sympathique. Devant ces perturbations dynamiques, on a trop vite fait de prononcer le mot d'hystérie ou d'hystérisme sans approfondir plus avant. Certains signes pourraient cependant différencier ce qui relève des troubles sympathiques de ce qui appartient à l'hystérie pure. La thérapeutique n'est pas univoque devant ces deux cas. Dans le premier, les agents physiques, les médications analgésiques, vasculaires, bromurées sont actives; inertes dans le second elles cèdent le pas aux moyens suggestifs sans effet dans le premier. F. Boissier.

XVIII. **Note sur un cas de zona du nerf trijumeau (branche ophtalmique de Willis et nerf maxillaire supérieur)**; par le Dr Vilcoq.
(*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 1.)

XIX. **Sur un cas de psycho-esthésie**; par E. Guthrie.
(*Brain*, LXXVII et LXXVIII.)

Il s'agit d'un épileptique de cinquante-deux ans, éprouvant la

sensation d'un courant d'air glacé sur la cuisse pendant les mouvements, toutes les sensibilités étant normales d'ailleurs, sauf une hyperesthésie pour la sensation de froid. L'auteur fait à cette occasion une revue complète des travaux relatifs à ce phénomène et conclut à la syringomyélie ou à quelque lésion obscure de l'écorce comme origine. F. B.

XX. **Un cas de paralysie d'origine saturnine**; par M. Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 5.)

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui au septième jour d'une scarlatine, fut atteint d'une paralysie progressive des deux membres supérieurs, précédée de douleurs et accompagnée de troubles de la sensibilité, d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence. Tous ces accidents rétrocédèrent peu à peu, sans toutefois disparaître complètement. L'auteur incline à penser qu'il a eu affaire dans ce cas à une polynévrite infectieuse du plexus brachial, sans toutefois exclure la possibilité de lésions poliomyélitiques. G. D.

XXI. **Insuffisance nasale hystérique**; par M. Lermoyez. (*Presse médicale*, 25 janvier 1899.)

L'insuffisance nasale affecte habituellement l'un des deux modes suivants : ou bien elle est objective et réelle, et dans ces cas, les sujets qui en sont atteints, présentant une imperméabilité nasale due à une tumeur adénoïde, à une déviation de la cloison ou à toute autre cause, respirent exclusivement par la bouche, souvent sans en avoir conscience ; ou bien elle est subjective ou fausse, le nez étant en réalité perméable, mais le sujet, par une illusion respiratoire ou par interprétation vicieuse inconsciente d'un état anormal de la muqueuse pituitaire, se plaignant d'une dyspnée nasale purement imaginaire. M. Lermoyez en a observé un troisième type, qu'il n'a trouvé décrit nulle part, dans lequel les fosses nasales étaient libres et, cependant, tellement imperméables à l'air que, la bouche seule étant maintenue close, l'asphyxie se produisait par apnée absolue. La jeune fille chez qui il a constaté cette insuffisance nasale, n'avait jamais pu respirer par le nez depuis son enfance, par suite d'une obstruction nasale produite par un vice de conformation des cornets inférieurs. La résection de la tête de ces cornets rétablit la perméabilité des fosses nasales et du pharynx nasal ; mais, deux mois après l'opération, M. Lermoyez constata la persistance de l'impossibilité de respirer par le nez, de renifler et de se moucher. Il pensa d'abord qu'il se trouvait en présence d'une dyspnée nasale imaginaire et que si la malade persistait à tenir la bouche ouverte, c'était par difficulté de se défaire d'une habitude vicieuse datant de l'enfance ; mais l'occlu-

sion de la bouche seule produisant l'apnée complète, il dut rejeter cette hypothèse. Il s'assura aussi que cette impossibilité de respirer par le nez ne tenait pas à un spasme fonctionnel du voile du palais, et, ayant éliminé toutes les causes d'insuffisance nasale, il en arriva à penser qu'il avait affaire à un trouble d'ordre psychique et à soupçonner l'hystérie. Il reconnut alors l'existence latente de cette névrose, attestée par les signes suivants : anesthésie à tous les modes de sensibilité et presque généralisée à toute la surface du corps et des muqueuses, rétrécissement du champ visuel; perte du goût et de l'odorat, disparition de la perception cranienne des sons. La nature hystérique de cette insuffisance nasale a été confirmée par la constatation de ce fait, que, l'apnée consécutive à la fermeture de la bouche, tenait, non à l'occlusion de cette cavité, mais à l'immobilisation du thorax réalisée aussitôt automatiquement par la malade elle-même. L'occlusion simulée, mais incomplète de la bouche, produisait d'ailleurs, comme l'occlusion parfaite, l'apnée absolue ; de plus, la nuit, la malade dormait la bouche close, sans manifester pendant son sommeil le moindre signe d'insuffisance nasale.

Ce fait peut être rangé parmi les aboulies motrices systématisées permanentes; on sait que les aboulies motrices respectent les mouvements physiologiques, respiration, digestion, etc., et frappent surtout les actes volontaires, intentionnels, ou les actes nouveaux ou nouvellement appris, exigeant une synthèse musculaire qui, pour être correctement exécutée, a besoin d'une certaine attention. La malade observée par M. Lermoyez semble déroger à cette règle, mais cette dérogation n'est qu'apparente : le nez de la malade ayant été obstrué réellement pendant une longue période de temps, la respiration nasale constituait en réalité, pour elle, une fonction physiologique nouvelle, dont elle devait apprendre à se servir. A raison de l'hystérie, elle a été incapable de l'effort d'attention et de volonté nécessaires pour réaliser la mise en train de cette nouvelle fonction; elle s'est ainsi conformée à la règle qui veut que la volonté des hystériques se trouve principalement impuissante vis-à-vis des actions musculaires où se rencontre quelque nouveauté des mouvements. A. Fenayrou.

XXII. **L'alcoolisme avant l'alcool**; par M. A. Delpeuch. (*Presse médicale*, 3 décembre 1898.)

L'alcoolisme n'est pas né d'hier, comme son nom, et les médecins les plus anciens dont nous connaissons les œuvres (Hippocrate, Erasistrate, Rufus Soranus, Galien, Arétée, etc.), ont vu et décrit les divers accidents que l'abus du vin peut provoquer chez l'homme. Parmi ces accidents, M. Delpeuch mentionne spécialement la cirrhose alcoolique. Le fait que cette maladie existait longtemps avant

la découverte de l'alcool paraît à l'auteur un des arguments les plus solides que l'on puisse apporter à l'appui de l'opinion émise par Lancereaux; à savoir que, de toutes les boissons alcooliques, c'est le vin qui doit être le plus particulièrement incriminé dans la cirrhose alcoolique. A. FENAYROU.

XXIII. **Contribution à l'étude de la névrite ascendante**; par M. G. MARINESCO. (*Presse médicale*, 23 novembre 1898.)

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui a été atteinte de névrite ascendante du nerf sciatique, produite par une infection streptococcique. L'examen histologique de ce nerf, de ses racines et de la moelle épinière a révélé l'existence des lésions suivantes : Au niveau de la zone d'infection, le nerf présentait : 1° des altérations interstitielles, consistant dans l'infiltration de sa capsule, du tissu conjonctif interfasciculaire et de la gaine lamelleuse des faisceaux nerveux par des streptocopes et des leucocytes; 2° des altérations vasculaires (envahissement de la gaine externe des artérioles et des veines par les mêmes éléments) ; 3° des altérations parenchymateuses (tous les degrés de dégénérescence de la fibre nerveuse, depuis la tuméfaction légère du cylindre-axe jusqu'à la fragmentation et l'atrophie de ce filament). Au-dessus de la zone d'infection, l'envahissement microbien diminuait progressivement et finissait par disparaître, mais l'infiltration leucocytaire persistait dans la gaine des faisceaux nerveux, dans les travées conjonctives intra et interfasciculaires et dans la tunique externe de certains vaisseaux. Dans la moelle les lésions localisées au-dessous de la IVe lombaire, du côté correspondant au membre malade, étaient également vasculaires, interstitielles et parenchymateuses. Il existait une infiltration leucocytaire de la gaine externe de ramifications vasculaires irriguant surtout la corne latérale et le groupe postéro-externe de la substance grise; on constatait aussi la présence de nodules interstitiels formés de leucocytes et des cellules névrogliques. Nulle part, dans la moelle, il n'y avait des microbes. Les lésions des cellules nerveuses, localisées principalement dans la corne latérale, étaient plus ou moins prononcées ; elles allaient de la tuméfaction légère du cytoplasma avec migration du noyau jusqu'à l'atrophie de la cellule. Parmi les cellules altérées, les unes, celles qui se trouvaient près des grands foyers d'infiltration vasculaire, étaient tuméfiées, augmentées de volume, surtout dans le sens d'un diamètre, avec noyau plus ou moins central et chromatolyse plutôt centrale; d'autres, surtout celles siégeant le plus loin de ces mêmes foyers vasculaires, présentaient des altérations rappelant tout à fait le type des lésions décrites par M. Marinesco sous le nom de lésions secondaires.

D'après l'auteur, les lésions du nerf dans la zone d'infection

sont dues en grande partie aux masses considérables de microbes infiltrés dans ses éléments interstitiels. Mais les produits toxiques de ces microbes, les toxines, se propageant de proche en proche jusque dans la moelle, ont donné naissance aux lésions vasculaires, interstitielles et parenchymateuses constatées dans la partie supérieure du nerf et dans son centre médullaire. Cette propagation s'est faite directement par les voies lymphatiques. Les lésions parenchymateuses du nerf ont elles-mêmes réagi à distance sur les centres nerveux, déterminant ainsi des lésions cellulaires secondaires qui ont été constatées à côté des altérations parenchymateuses primitives.

M. Marinesco pense avoir démontré que la conception anatomo-clinique de la névrite ascendante est absolument fondée. La cause la plus fréquente, sinon l'unique, est une infection locale, infection qui n'a pas grande tendance à la diffusion. Les agents de l'infection se propagent, grâce aux espaces lymphatiques du nerf, de proche en proche, jusque dans la moelle épinière, c'est-à-dire qu'à la phase névritique vient s'ajouter la phase médullaire. Toutefois la destruction d'un certain nombre de fibres nerveuses par le microbe et ses toxines, détermine, dans certains cas, une répercussion sur le centre, avant même que la substance toxique se soit propagée à la moelle. Si, au contraire, il s'agit de poisons très diffusibles, les lésions centrales seront très accusées, avant même qu'il existe des lésions manifestes dans les nerfs. A. Fenayrou.

XXIV. **Atrophie musculaire et osseuse du membre supérieur droit, consécutive à des traumatismes violents et multiples**; par Sabrazès et Marsy (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1899).

XXV. **Le tabes labyrinthique**; par P. Bonnier. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1899.)

Dans la description de cette affection à manifestations si variables, les observateurs tendent naturellement à établir des variétés fixées par la prédominance des symptômes cliniques: tabes dorsalis, tabes supérieur. L'auteur trouve ces expressions impropres et trop vagues, mais il ne serait pas mauvais de caractériser les formes par un symptôme dominant, et résultant nettement d'une lésion métamérique bien déterminée. Le symptôme labyrinthique (signe de Romberg, difficulté de la marche dans l'obscurité, surdité, bourdonnement, vertiges, etc.), dû à la lésion de *la plus grosse, la plus active, la plus importante, la plus vigilante des racines spinales postérieures*, qui ne fait que rarement défaut dans le cortège symptomatique du tabes, et souvent se manifeste dès le début de l'affection, mérite à ces divers titres de servir à désigner la forme ou la phase du tabes dans laquelle se

manifestent particulièrement les troubles du labyrinthe. L'importance de cette spécialisation reconnue, peut conduire dans la pratique, à des pronostics et diagnostics à longue portée permettant d'éviter des interventions locales au moins inutiles.

R. CHARON.

XXVI. Incontinence d'urine d'origine hystérique ; par P. RAVANT. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 2, 1899.)

XXVII. Étiologie et fréquence de la méningite sporadique suppurée ; par L. Napoléon BOSTON (de Philadelphie). (*Medical News*, mai 1899.)

Cette étude repose sur la statistique des autopsies de l'hôpital de Philadelphie d'avril 1894 à octobre 1898. Dans cet espace de temps, 80 cas furent observés qui se décomposent comme suit :

Leptoméningite	8
Méningite basilaire	9
Pachyméningite	20
Pachyméningite basilaire	4
Leptoméningite basilaire	3
Basilaire subaiguë	2
Basilaire chronique	10
Méningite compliquant une fièvre typhoïde	1
Méningite d'origine hémorragique cérébrale	1
Méningite d'origine hémorragique spinale	2
Méningite d'origine hémorragique tuberculeuse	1
Méningite d'origine tuberculeuse simple	6
Méningites purulentes proprement dites	13

Plusieurs observations complétées par des examens bactériologiques ont permis de rapporter au pneumocoque, au saptylocoque, etc., l'origine de la purulence. A. V.

XXVIII. Cardiopathie ou Heart fear ; par W.-T. ENGLISH (de Pittsburg). (*Medical News*, avril 1899.)

L'auteur divise les cardiopathies en trois groupes : 1° celles dans lesquelles l'élément crainte apparait comme prodromique d'un désordre fonctionnel et peut être regardé comme d'origine psychique ; 2° celles où sans phénomènes d'idéation préliminaire la phobie est consécutive à des troubles cardiaques ; 3° celles où l'élément psychique coïncide avec des troubles cardiaques et agit concurremment avec eux. Le diagnostic est souvent difficile à faire entre ces variétés, et le pronostic comme le traitement en dépendent. A. V.

de symptômes (réflexes du genou, anesthésies, contractures). Il insiste en terminant sur la valeur du signe de Babinski sur le phénomène des orteils.

XXXVII. **Pathologie de la glande thyroïde**; par Georges Murray et Camb. (*British med. Journal*, mars 1899.)

Cette étude comprend deux importants articles dans deux numéros de journal et est accompagnée de microphotographies de préparation histologiques de glande thyroïde. Des expériences de thyroïdectomie sur le singe ont permis de reproduire un myxœdème caractéristique (2 photographies). Des déductions thérapeutiques sur le crétinisme y sont développées avec photographies à l'appui.

A signaler dans le *Medical Record* d'avril 1899 une étude d'Hamilton sur les applications au traitement de la folie des extraits des glandes thyroïdes et surrénales. A. Vigouroux.

XXXVIII. **Syringomyélie**; par Carslaw (de Glascow). (*British med. Journal*, décembre 1898.)

L'intérêt principal de ce cas consiste dans la distribution spéciale des anesthésies, au froid et à la douleur. La dissociation des sensibilités est généralisée. A. M.

XXXIX. **D'un remarquable état de sommeil pathologique**; par F. Holzinger. (*Neurolog. Centralblatt*, XVIII, 1899.)

Il s'agit d'un homme de soixante ans, de la tribu de l'Oromo dans le Choua (Ethiopie) qui, à peine assis (accroupi) se met à dormir profondément. Un appel ou un léger contact le réveille et il ouvre les yeux comme effrayé, comme s'il sortait d'un profond sommeil. Il dort ainsi au besoin toute la journée, sans demander à manger, dès qu'on le laisse tranquille et se laisse d'ailleurs réveiller très aisément. Il dit qu'il n'a rien autre chose que de se sentir continuellement fatigué, depuis deux ans. Le mouvement seul le tire de cet état, sans l'en débarrasser. En revanche, la nuit son sommeil est agité ; il a des visions d'une foule de gens autour de lui, auxquels il se met à parler sans en recevoir de réponses, il s'aperçoit alors que ce sont des visions, prend peur et se met à crier. Il se croit possédé du malin esprit, empoisonné par ses ennemis, du moins est-ce de sa part une supposition basée sur une croyance populaire : syphilis légère ; jamais de maladies antérieures ni de blessures. Quelque peu alcoolique, le malade ne se rend pas lui-même compte s'il a la nuit rêves ou hallucinations vraies ; il les corrige il est vrai, mais elles reviennent toutes les nuits, et parfois plusieurs fois la nuit ; raison de plus pour qu'il croie aux sorciers.

Il s'agit en réalité non d'une narcolepsie (attaques de sommeil) mais d'une somnolence permanente ; d'une léthargie d'Afrique, décrite par Gowers d'après Gore, Gulrin, Mac Corthy. Il n'existe ni épilepsie ni hystérie. P. KERAVAL.

XL. **Des paralysies faciales récidivantes** ; par M. BERNHARDT. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Il s'agit des paralysies faciales périphériques survenant à plusieurs reprises chez le même individu. L'auteur classe ses observations, donne neuf faits nouveaux, et dresse un tableau de 60 cas personnels avec analyses correspondantes.

Conclusions. — 1° Elles représentent 7 p. 100 des paralysies faciales; — 2° Les hommes en paraissent plus fréquemment atteints que les femmes; — 3° La récidive a lieu aussi bien avant l'âge de vingt ans qu'après l'âge de cinquante ans, mais la plus grande fréquence est entre vingt et cinquante ans. C'est aussi l'âge des paralysies faciales périphériques; — 4° Le récidive a lieu soit bientôt (quelques semaines) après la première paralysie, soit bien des années après; — 5° Une seconde récidive ne se produit jamais avant qu'il se soit écoulé un an ; c'est généralement au bout de cinq ans, rarement sept ans; — 6° Le côté atteint par la première paralysie n'est pas fréquenté par les récidives, mais il n'y a de règle ni pour le côté pris par la première atteinte, ni pour les récidives subséquentes; — 7° La plupart des observations témoignent d'une seule récidive ; plus rarement il y a une seconde récidive ; encore plus rares sont les troisième et quatrième récidives; — 8° Chez l'homme une seule récidive est plus fréquente que chez la femme; — 9° Une seconde récidive est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; — 10° Une seconde et une troisième récidives ont lieu à égalité de fréquence chez l'homme et chez la femme; — 11° Les premières récidives constituent dans la pluralité des cas des formes plus graves de paralysie (électriquement parlant) que les premières paralysies; — 12° Un certain nombre de paralysies faciales récidivantes (10 p. 100 à peu près) dépendent d'inflammations chroniques ou de suppurations de l'oreille moyenne, ou encore de lésions pathologiques de la base du crâne. Dans ce cas, la récidive paraît toujours occuper le coté atteint à l'origine; — 13° Une autre catégorie de paralysies faciales récidivantes est formée par celles qui surviennent chez les syphilitiques (6,6 p. 100), sans qu'on puisse dire que la syphilis joue un rôle dans l'espèce; — 14° Une troisième catégorie est celle des paralysies faciales des diabétiques (5 p. 100); — 15° Une quatrième est constituée par les paralysies faciales des nerveux ou héréditaires prédisposés (13,3 p. 100); — 16° Il reste 66,6 p. 100 de cas où on n'a pu constater les causes précédentes; — 17° Les

hypothèses de Despaigne, Philip, et autres, relatives à la structure anormale des os du crâne et de la face chez les héréditaires et prédisposés congénitaux, ne s'appliquent pas à la majorité des cas de ce genre; — 18° L'origine infectieuse ou toxique des paralysies faciales périphériques est très admissible mais non prouvée; — 19° Une première atteinte de paralysie faciale confère-t-elle l'immunité? La récidive si fréquente des maladies infectieuses de la gorge et en particulier des amygdales inspire à cet égard un doute d'autant plus justifié qu'une affection de l'oreille moyenne et, par suite, du facial, est bien souvent amenée par une propagation du processus infectieux par la voie des trompes; — 20° Nous n'avons donc point d'explication satisfaisante applicable à la pluralité des cas de répétition d'une paralysie faciale périphérique chez le même individu. P. Keraval.

XLI. **Névralgie du trijumeau d'origine traumatique**; par Rasch. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Il s'agit d'un forgeron qui pendant son travail a reçu sur le bord supérieur de l'orbite gauche un moine de quelques livres qui s'est échappé du manche. Il y a eu lésion des parties molles, un peu d'étourdissement, sans perte de connaissance. Quelques plaques de pemphigus aigu sont survenues deux semaines après l'accident sur tout le territoire du nerf atteint. Ce cas de névralgie traumatique avec trouble trophique, rappelle à l'auteur une observation de psychose réflexe issue d'une cicatrice très gonflée, et douloureuse, exactement située au niveau du trou sus-orbitaire. Quelques semaines après l'excision de la cicatrice qui, d'ailleurs, guérit le malade d'une psychose grave, datant déjà de près d'un an, s'installait une furonculose assez incommode occupant le territoire de la peau innervée par le nerf et qui récidiva pendant assez longtemps. P. Keraval.

XLII. **Contribution à la casuistique de l'astasie-abasie**; par L. Goldstein. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXI, N. F. IX, 1898.)

L'auteur serait tenté de regarder l'astasie-abasie comme un complexus symptomatique purement hystérique, de même que Charcot. En voici un cas qui rentre aussi dans l'hystérie. Il n'a pas d'autre particularité que d'appartenir la forme pleinement pure, typique. Il s'agit d'une vieille fille de trente-trois ans. Quoiqu'on ne pût découvrir aucune tare héréditaire, aucun stigmate hystérique, le mutisme, les diverses sensations qu'elle éprouve, et tout son air, indiquent l'hystérie. Cette astasie-abasie persistante (elle dure depuis quatre ans), est une forme paralytique, à caractères hystériques, elle a résisté parce que la malade a changé bien

souvent de médecins. « Nous lui suggérons, dit M. Goldstein, que certainement l'électrisation la fera marcher et se tenir debout dans cinq semaines, et lui fixons le jour; car le traitement lui donnera les forces nécessaires dans les jambes. Et c'est ce qui arrive. Elle quitte le lit et se met à marcher comme un petit enfant à ses débuts. Puis sous notre œil, l'amélioration progresse graduellement; sous l'influence des encouragements, la voilà qui, quelques semaines plus tard, descend l'escalier de son logement situé au troisième étage. Deux mois après le début du traitement elle nous rendait visite. » P. KERAVAL.

XLIII. Contribution au diagnostic électrique des paralysies de l'oculomoteur commun; par J.-K.-A. WERTHEIM-SALOMONSON. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

1° Les muscles de l'œil sont dits inaccessibles à l'examen électrodiagnostique (C. Erb.; Remak, Hirt). Ziemssen indique qu'il a pu chez les animaux provoquer, par l'excitation électrique, la contraction de l'iris. Mais on n'a point fait d'essais sur ce sujet chez l'homme, dans les paralysies de l'oculomoteur commun. Pansier (*Electrothérapie oculaire*, 1896) ne parle pas de l'examen électrodiagnostique des muscles de l'œil; — 2° La cause de l'absence de locomotion apparente du globe de l'œil, quand on excite les muscles de l'œil par l'électricité, tiendrait, pour la plupart des auteurs, à la faible résistance à la conductibilité électrique du globe de l'œil. La plupart des ondes du courant traversent le globe, de sorte qu'une quantité infinitésimale seule en atteint muscles et nerfs. En vain excite-t-on les muscles à leur insertion, après cocaïnisation de la conjonctive (procédé d'Eulenburg), on n'obtient pas d'excursion apparente du globe malgré l'emploi d'un courant doué d'une force et d'une densité considérables, de 0,50 milliampère, malgré l'usage d'électrodes ayant 0,50 centimètre de surface. On devrait aller à 1 et 1,5 milliampère pour atteindre le but, mais on risquerait de léser la rétine (Duchenne); — 3° Mais il est un muscle qui, en certaines circonstances, est accessible à l'excitation électrique percutanée, directe. C'est l'*élévateur de la paupière supérieure*. Chez les individus normaux il n'est excitable ni par le courant galvanique, ni par le courant faradique; non plus, chez les individus atteints de paralysie faciale périphérique. Dans le cas de blépharoptose paralytique, il est parfois excitable, mais rien que par le courant galvanique, à la condition, suivant les patients et les moments, que ce courant ait une force de 0,03 à 1,4 milliampères. Le point excitomoteur gît à quelques millimètres au-dessous du bord de l'orbite et au milieu de celui-ci, c'est-à-dire au-dessous du point le plus élevé du bord de l'orbite. L'électrode nécessaire, ronde, en

forme de bouton mesure 5 millimètres ; on la revêt de cuir ou de flanelle. Il faut qu'on procède aux fermetures du courant à l'appareil électrique et non sur le manche de l'électrode, sous peine de croire à une contraction tandis qu'on déplace presque inévitablement l'électrode. Mais on peut conserver le manche ordinaire parce que l'électrode doit être fixée de la main gauche libre ; — 4° La section d'un nerf moteur est suivie des phénomènes connus de la réaction dégénérative, telle la modification de l'excitabilité galvanique directe qui apparaît déjà nettement dès le douzième jour. On observe alors des contractions lentes ; quelques jours plus tard elles se montrent sous l'influence d'un courant dont la force est étonnamment faible. Ce qui a lieu pour tous les nerfs moteurs a lieu aussi pour l'oculomoteur commun. Sa complète séparation entraîne une exagération de l'excitabilité galvanique directe des muscles innervés par celui-ci au bout d'environ trois semaines. Et c'est pourquoi, à cette époque, l'élévateur se contracte tout à fait lentement quand on pratique l'excitation galvanique directe au point désigné *supra*. M. W... ajoute avoir observé des contractions de l'élévateur dès le seizième jour après la production d'une paralysie de l'oculomoteur, que probablement il eût pu constater dès le quatorzième jour. Il importe de se servir d'un courant de 1,2 milliampère, dans la force duquel on n'est limité que par l'apparition de contractions dans l'orbiculaire des paupières. A partir du quatorzième jour on peut diminuer la force du courant ; le vingt-cinquième jour un courant de 0,03 milliampère, fourni par trois éléments, produit la contraction minima. Fermez à la cathode et vous avez le plus aisément du monde une contraction. Des courants plus forts se traduisent par une contraction à l'ouverture à l'anode. Quelques jours plus tard apparaît aussi une contraction à la fermeture de l'anode ; elle est déjà bien plus forte que la contraction à l'ouverture de l'anode et peut être, encore plus tard, produite au moyen d'une même intensité de courant que celle qu'exige la fermeture à la cathode, K_a D T_e est assez difficile à obtenir et exige 1,4 milliampère. — 5° Le reste de l'évolution correspond, dans les divers cas, à l'évolution de la paralysie. Dans les cas de moyenne gravité, l'excitabilité diminue très promptement avec l'apparition de la guérison. Dans les cas graves, l'excitabilité de l'élévateur subsiste assez longtemps. Au bout de huit mois on parvient encore à produire des contractions, mais elles deviennent graduellement plus faibles et ne peuvent, en dernier lieu, plus être obtenues, même avec les plus forts courants utilisables de 1,4 milliampère ; — 6° Les contractions sont toujours d'une lenteur distincte, mais pas aussi lentes qu'on le voit dans les paralysies périphériques. La durée d'une contraction maxima est de 0,50 seconde le vingt-cinquième ou le trentième jour, c'est-à-dire pendant la période d'excitabilité maxima. L'excursion de la pau-

pière supérieure est, au début, très faible et ne comporte que des fractions de milimètre. Plus tard elle augmente et peut atteindre 3 millimètres. — 7° On peut obtenir des contractions de l'élévateur dans les cas de moyenne gravité et dans les cas graves de paralysie périphérique de l'oculomoteur commun. Dans les cas légers on ne peut produire de contractions quand la maladie dans son ensemble a une durée de six semaines. Dans les paralysies nucléaires et fasciculaires de l'oculomoteur commun on devait *à priori* s'attendre à une excitabilité de l'élévateur correspondant à la réaction dégénérative. Les faits n'ont pas confirmé cette prévision ; en aucun cas de blépharoptose produite par une paralysie fasciculaire ou nucléaire, il n'a pu être obtenu de contraction de l'élévateur. Pas de contraction non plus dans un cas de blépharoptose congénitale. Aucune réaction, dans un cas de paralysie de l'oculomoteur commun récidivante, malgré le développement graduel d'une parésie permanente. (Voy. *Psychiatrische en neurologische Bladen*, 1898) ; — 8° L'excitabilité de l'élévateur de la paupière supérieure est donc probablement un signe de réaction dégénérative dans les paralysies de moyenne gravité et dans les paralysies graves de l'oculomoteur commun. La disparition rapide de l'excitabilité indique le début de la guérison. L'excitabilité paraît manquer dans la blépharoptose produite par les paralysies nucléaires et fasciculaires ainsi que dans les paralysies légères et récidivantes ; — 9° L'impossibilité d'exciter les muscles du globe de l'œil doit être déterminée par la tonicité permanente de ces muscles qui échappent à la détente volontaire du patient, en outre des conditions défavorables de la résistance à la conductibilité électrique (Ziemssen). C'est ce qui empêche l'excursion du globe de l'œil sous l'influence de l'excitation galvanique directe d'un muscle de l'œil paralysé. La lenteur indubitable de la contraction ne peut vaincre la tonicité des muscles sains. Cela serait probablement possible si le sujet était plongé dans une profonde narcose chloroformique. C'est à voir de près. P. Keraval.

XLIV. **Deux cas d'ataxie de Friedreich**; par P. Cohn. (*Neurolog. Centralbl.* XVII, 1898.)

Chez deux frères de onze ans et de treize ans et demi on constate une forme progressive caractérisée par : 1° de l'ataxie statique et locomotrice, 2° l'absence de réflexes patellaires et achilléens, 3° l'intégrité de la sensibilité cutanée, 4° des troubles dans la notion de position, 5° l'intégrité des réflexes vésicaux et rectaux, 6° du nystagmus, 7° un léger trouble de la parole, 8° le pied de Friedreich. En outre dans l'observation I il y a une lésion destructive chronique des poumons, dans l'observation II il y a atrophie du nerf optique. L'ataxie et la simultanéité de la même maladie

chez les deux frères attirent l'attention en première ligne; les mouvements convulsifs rappellent bien la chorée infantile mais il n'en saurait être question. L'auteur passe cependant en revue le diagnostic différentiel d'avec : la sclérose en plaques, le tabes ordinaire; la syphilis héréditaire; la paraplégie ataxique de Gowers; une tumeur cérébelleuse, l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie. Il ne se croit pas encore en mesure de décider si, dans la maladie de Friedreich, il y a, et à quel degré, des arrêts de développement du cervelet, ni de préciser la localisation pathologique de la moelle. L'atrophie du nerf optique de l'observation II bien que particulière, n'exclut pas l'idée d'une maladie de Friedreich; c'est une maladie de Friedreich avec atrophie du nerf optique, voilà tout.

C'est vraiment ici une maladie familiale puisqu'elle atteint deux membres d'une même famille et tout jeunes (on sait que cette maladie est rarement directement transmise); le père était un ivrogne (fait noté par Ladame dans l'espèce). Les deux enfants ont été atteints de scarlatine; cette maladie a pu exagérer la prédisposition à l'ataxie héréditaire et donner le coup de fouet à la prédisposition latente.

Il est bon d'insister sur les mouvements irréguliers en forme de tics (de la tête) des deux enfants, et sur ceux (des doigts) qui rappellent l'athétose et la chorée. Les premiers survenaient seulement dans la station debout ou quand la partie supérieure du corps était dressée; ils tenaient peut-être à des efforts d'équilibre. Les seconds apparaissaient déjà au repos (obs. II). Il faut tous les rapprocher des mouvements spontanés fréquemment associés à l'ataxie, inconscients comme ces derniers, à cause des troubles du sens musculaire.

Traitement. — Alimentation reconstituante. Massage. Exercices compensateurs de Frenkel. P. KERAVAL.

XLV. **Un cas de contracture congénitale avec hypertrophie de l'extrémité supérieure gauche**; par S. KALISCHER. (*Neurolog. Centralblatt*, XVII, 1898.)

C'est une contracture congénitale et permanente accompagnée d'une augmentation de volume des muscles de l'avant-bras et du bras qui sont durs et fermes, des éminences thénar et hypothénar plus molle. L'hypertrophie atteint surtout les fléchisseurs et la région du cubitus. Les os sont aussi un peu épaissis. Une convulsion tonique permanente tend les interosseux, les longs fléchisseurs des phalangettes, les fléchisseurs de la main du côté du cubitus. Cette contracture permanente, en entrainant la flexion des doigts et de la main, tournée en outre du côté du bord cubital, a aboli la fonction du long extenseur des doigts. La fonction des muscles

innervés par le radial (long supinateur, triceps, extenseur du carpe) est restée intacte ainsi que celle des extenseurs du pouce. Pas d'atrophie visible des longs extenseurs des doigts. Les tendons de l'extenseur commun des doigts, de l'extenseur de l'index et de l'extenseur du petit doigt se contractent encore sous l'influence de forts courants électriques. Il n'y a ni atrophie, ni impossibilité fonctionnelle des éminences thénar et hypothénar, ce qui indique une hypertrophie vraie. En un mot, il y a contracture de quelques muscles innervés par le cubital et le médian, intégrité de l'adducteur du pouce, de l'abducteur, de l'opposant du petit doigt, du petit palmaire, innervés par le cubital ; dans le domaine du médian, le fléchisseur sublime et le fléchisseur profond des doigts sont seuls atteints.

L'hypertrophie atteint et les fléchisseurs contracturés et les fléchisseurs de l'avant-bras (coraco-brachial, biceps), une partie des extenseurs tels que le supinateur, l'extenseur radial et l'extenseur cubital du carpe, peut-être aussi le triceps.

L'auteur insiste sur l'hypertrophie et le fonctionnement spontané isolé du petit palmaire, en outre de l'influence exercée sur lui, comme à l'état normal par l'excitation électrique du cubital. C'est une anomalie physiologique.

La contracture congénitale de ce fait pourrait peut-être être considérée comme d'origine intra-utérine (voy. le cas de Schutze). Le diagnostic en est, en tout cas, simple quoiqu'il y ait des points de contact avec la paralysie infantile cérébrale à forme monoplégique, avec la contracture tardive post-hémiplégique, avec la dystrophie musculaire progressive, avec la tétanie et la myotonie, avec les hypertrophies musculaires du surmenage des athlètes.

P. Keraval.

XLVI. **Notice historique relative à l'étude du tétanos céphalique** (*tétanos hydrophobique, tétanos facial de Edm. Rose*) ; par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralblatt*, XVII, 1898.)

Edmond Rose, le créateur du type morbide n'a pas eu connaissance de la première observation de ce genre de Ch. Bell. Dans son livre *The nervous system of the human body*, Londres, 1830, on trouve sous le n° 42 : observation de trismus compliqué de paralysie faciale. Elle a passé inaperçue et à Rose (t. VIII de la *Chirurgie allemande*, Stuttgart, 1897) et à Conrad Brunner (*Experimentelle und klinische Studien über Tetanus*, Tubingue, 1894). Bell fait remarquer que son observation ressemble à quelques observations de paralysie faciale locale puisque le malade ne pouvait fermer l'œil, mouvoir les lèvres et les joues, mais avec tétanisme des masticateurs animés par la cinquième paire. Il mentionne un cas d'hémiplégie faciale également produite par un coup sur la tête,

mais il repousse l'idée d'une lésion cérébrale, encore plus celle d'une lésion du nerf dans son trajet intra-osseux. Le trismus serait dû, pour lui, à une lésion légère des téguments de la tempe chez un sujet prédisposé. P. KERAVAL.

XLVII. **Contribution à la pathologie des cellules des ganglions spinaux**; par O. JULIUSBURGER et E. MEYER. (*Neurolog. Centralblatt*, XVII, 1898.)

1° Examen des cellules des ganglions spinaux dans la région lombaire d'un *idiot* de dix-huit ans, mort subitement pendant une période d'agitation apyrétique ayant duré depuis plusieurs jours. *Autopsie* pratiquée quatre heures après la mort. Intégrité des organes sauf un fort œdème pulmonaire. Durcissement dans l'alcool à 95°; inclusion dans la celloïdine. Les coupes sont colorées au bleu de méthylène de Nissl, ou au vert d'iode additionné de fuchsine basique (fuchsine basique 0,60 — vert d'iode 0,20 — eau distillée 100 — on colore pendant cinq à dix minutes et on décolore dans l'alcool à 95° ou absolu). Le durcissement au formol et à la liqueur de Müller et la coloration à la thionine, au rouge neutre, à l'alun hématique donnent de très belles images.

Les cellules des ganglions spinaux sont entourées d'une capsule de tissu conjonctif à la face interne de laquelle existe un endothélium à une couche. Cette capsule est en rapport immédiat avec le tissu conjonctif fibrillaire du ganglion, très développé ici, et caractérisé par une richesse nette de noyaux. Nombreuses cellules du genre des cellules granuleuses, de deux espèces. — A. Celles dont le protoplasme semble diffus, contiennent des dépôts irrégulièrement disposés de gros grains rouge vif (mélange de fuchsine et vert d'iode); leur noyau, plus ou moins arrondi, présente de fines granulations vert bleuâtre. Les granulations protoplasmiques sont plus nombreuses et d'un rouge qui tire sur le violet dans la coloration à la thionine; elles sont de couleur ocre, au rouge neutre. — B. Celles dont le protoplasme semble plus cohérent, plus limité, contiennent des granulations infiniment plus fines, très serrées, franchement violettes (par la fuchsine), bleues par la thionine, rouge vif par le rouge neutre. Leur noyau est tout à fait semblable à celui des cellules A. — Dans les deux espèces le protoplasma lui-même est incolore; la grandeur des cellules est variable. Ce sont surtout des cellules de l'espèce A, qui ont été trouvées dans le tissu conjonctif des nerfs périphériques, dans les trousseaux extramédullaires des racines antérieures et postérieures, dans l'écorce du cerveau; dans l'écorce elles occupaient même le voisinage des vaisseaux et étaient en très petit nombre, à l'inverse des nerfs et des racines.

Les cellules du ganglion spinal étaient surtout arrondies, quel-

quefois allongées ou un peu anguleuses, le corps de la cellule restant, comme à l'état normal contigu à la couche endothéliale. Il n'y a qu'à confirmer les détails de Lenhossek ; les nuances qu'il a décrites quant à leur constitution intime, tiennent aux variétés de grosseur, de disposition, de nombre des « granules et mottes de substance tigroïde » ainsi qu'à la variété de la constitution de la substance fondamentale.

2° Examen de *deux cas de tabes*. Aucune anomalie de la substance chromatique (Schaffer) ou tigroïde (Lenhossek) pas plus que chez le jeune idiot qui n'avait présenté aucun symptôme spinal et dont les cordons postérieurs étaient normaux. Rien non plus dans le noyau ni le nucléole. Il semblait cependant y avoir davantage de cellules petites et sombres que de cellules grandes et claires, plus de cellules anguleuses, que normalement. Aucune multiplication du tissu interstitiel ni des cellules granuleuses. Mais, de ce qu'il n'y a pas d'altérations des petits grains et agrégats de petits grains de la substance chromatique, il ne s'ensuit pas *que la lésion du cordon postérieur ne dépende point d'un trouble primitif de la cellule du ganglion spinal*. En effet, le processus tabétique est lent. Quelque opinion que l'on se fasse de la cause spéciale de ce processus, les cellules des ganglions spinaux peuvent continuer à recevoir de la périphérie une excitation qu'elles transforment de la manière qui convient aux cordons postérieurs. Dès que les phénomènes d'excitation normaux sont remplacés par des excitations anormales, la capacité métamorphique normale de la cellule du ganglion spinal est modifiée de telle sorte qu'au lieu qu'il se produise une métamorphose normale de l'excitation qui, de la périphérie, va à la cellule, ait lieu une métamorphose anormale qui exerce sur les cordons postérieurs une action nocive. Cette modification de l'activité de la cellule du ganglion spinal aurait lieu non tout d'un coup mais par accommodation progressive aux modifications des conditions de la vie. C'est pourquoi on n'y trouve pas d'altérations de la substance chromatique, qui ne sauraient résulter que de la réaction plus ou moins aiguë de la cellule ou de son défaut d'accommodation. Il n'y a donc point d'altération essentielle de la substance fondamentale qui continue à exécuter sa fonction spécifique. La modification de forme et le rapetissement de la cellule du ganglion, s'ils étaient constants, montreraient simplement qu'il y a lutte des organes à s'adapter aux nouvelles conditions de la vie et que certains éléments meurent tandis que d'autres survivent et continuent à prospérer. *Rien ne prouve non plus qu'il y ait modification primitive de la cellule en question*, mais l'absence de lésion anatomique ne permet pas d'en contester l'existence.

3° Examen d'un cas de *paralysie générale*. Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, ayant eu sept semaines avant la mort, à la suite d'attaques congestives prédominant à gauche, une hémipa-

résie gauche persistante. Lésions des cordons postérieurs semblables à celles du tabes sous deux aspects : 1° celui d'un processus ancien (atrophie et disparition des fibres, multiplication du tissu interstitiel) ; 2° celui d'un processus jeune. L'hémiparésie doit être rattachée à la lésion primitive des cellules pyramidales des ascendantes. Ce fait permet d'admettre que la lésion des cordons postérieurs émanait d'un trouble primitif des cellules des ganglions spinaux. P. KERAVAL.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XIII. **Recherches sur la glycosurie alimentaire dans les maladies mentales au point de vue des rapports entre la folie et le diabète** ; par BELLISARI. Institut psychiatrique de Naples. (*Nuova Rivista clinico-terapeut.*, n° 4, 1899.)

Les expériences de l'auteur portent sur 29 malades examinés dans deux manicomes et appartenant aux diverses formes mentales qui s'y rencontrent généralement. Il leur a été administré par jour 5 grammes de glucose par kilogramme, soit environ 1 gr. 50 de plus que la limite extrême de destruction dont dispose l'homme sain. Ces expériences très soigneusement menées conduisent aux conclusions suivantes : 1° Les maladies mentales, par elles-mêmes, ne sont pas capables de diminuer dans l'organisme le pouvoir de destruction du sucre ; 2° Les convulsions épileptiques, si intimes et répétées qu'elles soient, ne suffisent pas pour déterminer positivement la glycosurie alimentaire ; 3° La glycosurie spontanée, non physiologique, doit être tenue pour un fait exceptionnel dans les psychopathies ; 4° Elle est fréquemment simulée par l'augmentation du pouvoir réducteur normal de l'urine, dû probablement à l'augmentation des substances extractives éliminées. R. C.

XIV. **Un cas de paralysie générale des aliénés chez une enfant** ; par John THOMSON et A. WELSH (d'Édimbourg). (*British med. Journal*, avril 1899.)

L'observation se rapporte à une enfant entrée à l'Asile à onze ans et morte à dix-sept et présentant tous les symptômes de la paralysie générale. Syphilis congénitale chez quatre frères. L'autopsie confirme le diagnostic ainsi que l'examen histologique du cerveau.

A. M.

XV. Symbolistes et décadents ; par le Dr Bagénoff (de Moscou). (*Ed. Mamoutow*, 1899.)

L'auteur étudie le décadentisme comme mouvement littéraire et esthétique récemment passé d'Europe occidentale en Russie. En raison de ses manifestations bizarres et prétentieuses, l'auteur croit pouvoir l'envisager comme un phénomène pathologique. Il ne partage pas l'opinion de M. Nordau qui considère ce mouvement comme signe de décadence. Il pense que ces tendances mystico-symbolistes forment une réaction naturelle contre le mouvement matérialiste utilitaire de notre fin de siècle. Le succès de ce mouvement est dû à l'imitation. Les gens bien portants imitent les malades et ces derniers créent autrement que nous, justement parce qu'ils sont malades. Pour prouver sa thèse l'auteur relate la vie de quelques représentants du décadentisme, dont presque tous ont été des gens nerveux et malades et dont le physique porte souvent des stigmates de dégénérescence.

Il termine son exposé par les conclusions suivantes : dans l'organisation évolutive mentale, le progrès s'opère par stratifications superposées, les fonctions dernières venues sont les moins stables et ne le deviennent qu'avec le temps; malgré leur déséquilibration fréquente, les hommes de génie sont en progénérescences et non des névrosés ataviques.

Comme a dit Gladstone, ce qu'on prend pour ruine est la matière réunie pour l'édifice futur. D. M.

XVI. Du délire dans l'intoxication par l'atropine; par E. Beyer (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Homme de cinquante-sept ans, apporté à l'hôpital totalement privé de connaissance. Il y devient très agité. Pupilles extrêmement dilatées et insensibles à la lumière, langue tout à fait sèche, voix enrouée croassante. Désordre complet et confusion des actes; à ce qu'on lui demande ou à ce que l'on lui dit de faire, il répond par un mouvement de tête, mais il est impossible d'obtenir de lui ni l'exécution des ordres qu'on lui donne, ni aucune réponse formelle. Mouvements continus mais plutôt doux. Expression du visage plutôt gaie, très souvent rire fugitif. De temps à autre il se dispose à parler, mais n'émet que des sons inintelligibles, auxquels il ajoute des rires. Il semble parfois qu'il veuille interpeller quelqu'un, en tournant la tête vers lui, et qu'il se dispose à écouter, mais c'est tout. Deux fois il a uriné involontairement et inconsciemment. Les pupilles très dilatées, sont insensibles à la lumière, le visage est très rouge, la langue sèche, ainsi que les lèvres. Pouls plein, dur, un peu accéléré. Pas de tremblement; titubation, conservation de l'équilibre. Réflexes patellaires très

vifs, réflexes abdominaux et crémastériens faibles. Rien de certain quant à l'état de la sensibilité. L'agitation augmentant vers le soir. on fait deux injections de morphine, de chacune un centigramme à 8 heures et à 10 heures du soir, qui procurent du sommeil toute la nuit. Le lendemain matin, forte sueur. Au réveil, quelque obtusion et quelque agitation dans les mains (mouvements de préhension); mais il commence à parler, se rend compte de l'endroit où il se trouve, sans avoir récupéré la mémoire. Pupilles moins larges, sommeil réparateur pendant la journée et la nuit suivante. Le lendemain matin, il se réveille tout à fait valide et lucide.

Il raconte alors qu'occupé dans un chantier de bûcherons, il a, vers midi, bu la boisson rafraîchissante habituelle, une sorte d'infusion préparée à l'aide de toute espèce de racines et de plantes. Tous les travailleurs ont été frappés du goût de ce breuvage qui les prenait à la gorge; quelques-uns se sont tout à coup sentis étourdis. Il en a bu de plus en plus; plus il en buvait, plus il avait soif. Il ne pouvait alors plus cracher dans ses mains comme d'habitude, il éprouvait une sécheresse de la gorge, de plus en plus pénible, et se sentait comme ivre. Il ne se rappelle plus rien à partir de ce moment. Ce n'est qu'en se réveillant le lendemain matin qu'il a compris, en voyant les fenêtres grillées, où il était. Il a guéri : c'était un buveur depuis plusieurs années, mais il n'avait pas bu plus particulièrement en ces derniers temps,

P. Keraval.

XVII. **Des obsessions**; par E. Mendel. (*Neurol. Centralbl.*, XVII, 1898).

L'obsession, ou conception irrésistible de Westphal, est une idée qui s'impose à l'individu, en pleine conscience, son intelligence demeurant d'ailleurs intacte; cette idée n'a rien à faire avec la sensibilité affective. Elle résiste à toute tentative d'expulsion de la part du patient, entrave le cours normal de ses pensées et les heurte; il ne cesse d'en reconnaître l'anomalie, la considère comme un corps étranger auquel il résiste en pleine et parfaite connaissance, en complète santé mentale.

On a depuis lors appliqué le nom d'obsession à des choses très différentes. Et le rapport de Rehm au Congrès des naturalistes allemands (session de Brunswick 1897) le montre nettement. On ne doit appeler obsession que la sixième espèce de Rehm. En effet, dans les cas purs, il ne doit y avoir de pathologique que le fait suivant. Contre la volonté de celui qui en est atteint, prédomine une association de conception qui se trouve en quelque sorte poussée par un ou deux courants d'idées directeurs, par un ou deux éléments qui chez l'homme normal sont réduits à un rôle secondaire, à celui de satellite, comme cela a lieu dans le mécanisme

des contrastes psychiques normaux. La prédominance de ces idées directrices refoule les autres : c'est ce que Morselli appelle la paranoïa rudimentaire. Cette expression est assez heureuse, dit M. Mendel; en effet dans la paranoïa développée, le point de départ de la maladie est une association pathologique des idées. Les éléments associés peuvent, en l'espèce, être parfaitement vrais; ce qui fait qu'il y a idée délirante, c'est l'intervention d'idées, qui, d'après les lois physiologiques de l'association des idées, ne devraient pas coopérer. C'est d'autant plus acceptable que quelquefois la paranoïa rudimentaire aboutit à une paranoïa indubitable (?)

P. Keraval.

XVIII. **Délires menstruels périodiques**; par le Dr Trénel. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.*)

Dans cette monographie intéressante à plus d'un titre, le Dr Trénel décrit une forme de délire assez rare et dont la plupart des traités de pathologie mentale ne parlent qu'incidemment. Il étudie spécialement ces délires qui se reproduisent d'une façon périodique au moment des époques menstruelles, l'état de la malade restant normal dans l'intervalle des accès.

Reste à savoir quelle est la valeur de cet état normal et jusqu'à quel point nous pouvons le considérer pur de toute manifestation morbide. C'est là la question : la menstruation exagère-t-elle simplement l'aptitude générale au délire ou bien peut-elle créer ce délire de toutes pièces? Krafft-Ebing adopte très nettement la première opinion ; pour lui dans tous les cas de folie menstruelle il s'agit d'un cerveau excitable dès l'origine d'une manière anormale et qui réagissait déjà d'une façon pathologique dans la période prémorbide ainsi que dans l'intervalle des accès. Notre collègue qui possède tous les éléments pour étudier cette question, étant médecin dans un service de plus de 1.200 femmes, penche en faveur de la seconde ; c'est du moins ce qui paraît ressortir de son travail, bien que l'observation très complète présentée comme type de délire menstruel ne soit pas tout à fait démonstrative. Il mentionne dans cette observation quatre accès de délire menstruel et convient d'ailleurs qu'il existe entre eux quelques différences de détail dont la plus importante est une période intervallaire de mélancolie continue.

Quoi qu'il en soit, le délire menstruel peut revêtir la forme maniaque, mélancolique ou hallucinatoire ; souvent il débute subitement à un moment variable des règles et se termine de même. Les périodes intervallaires sont lucides en général dit le Dr Trénel, l'affection est aiguë, subaiguë, prolongée ou chronique. Elle débute à tous les âges (psychoses menstruelles primordiales, communes ou climatériques). Son pronostic est relativement

bénin (68 p. 100 de guérisons) mais elle peut se terminer par la chronicité, la démence, la transformation en une vésanie continue vulgaire ou peut-être en une folie périodique vraie. Elle est susceptible de récidive.

Quant au traitement, il est essentiellement variable. Dans les accès maniaques et hallucinatoires les sédatifs et en premier lieu le bromure de potassium sont naturellement indiqués ; dans les accès de forme dépressive et dans les périodes dépressives si fréquentes à la suite des accès maniaques il y aura lieu de relever la nutrition et de surveiller en particulier l'alimentation. L'auteur fait en outre observer qu'en raison de la courte durée des accidents, les malades peuvent en général être soignés dans leurs familles ce qui explique, en partie, la rareté relative de ces cas dans les asiles. Dr Thivet.

XIX. Stupeur mentale intermittente ; par le Dr Noble.

Il se rencontre fréquemment dans les asiles des cas anormaux qui ne prennent place dans aucun des systèmes de classification employés : tels sont certains cas de stupeur intermittente.

L'auteur rapporte tout au long un de ces cas de stupeur intermittente à terminaison favorable après un séjour de onze mois à l'Asile. La transition entre l'état normal et la stupeur ou réciproquement était absolument brusque : le même individu qui à dix heures, par exemple, était plongé dans la stupeur la plus profonde nécessitant l'alimentation à la sonde, était à dix heures et demie brillant, gai, plein d'intelligence et d'activité. Les intervalles lucides revenaient en moyenne tous les deux jours : le temps passé en stupeur était prédominant. L'auteur ne se rattache pas à l'opinion qui fait dépendre la stupeur intermittente d'une disproportion entre l'appareil vasculaire et l'appareil nerveux : trop peu de cas de stupeur intermittente ont été observés et étudiés pour qu'on puisse en tirer une théorie. (*The American journal of insanity*, avril 1899.) E. Blin.

XX. Syphilis et folie ; par le Dr Collotti.

Dans une étude intéressante, l'auteur passe en revue les diverses formes de folie qui peuvent tirer leur origine de l'infection syphilitique.

Au sujet de la paralysie générale, les opinions sont très partagées. Un premier groupe d'aliénistes estime que la syphilis peut donner naissance à la paralysie générale ; un second groupe refuse à la syphilis la possibilité d'être une cause de paralysie générale, admettant seulement une coïncidence entre les deux affections ; une opinion intermédiaire considère que la syphilis ne donne pas

naissance à une paralysie générale vraie mais à une forme mentale qui lui ressemble tout en ayant des symptômes différents, une évolution, une durée, des altérations différentes, la pseudo-paralysie générale.

Enfin depuis quelques années s'est produite une dernière théorie éclectique d'après laquelle la syphilis peut conserver non seulement la pseudo-paralysie générale, mais encore la paralysie générale vraie. Etroitement unie à l'histoire de la paralysie générale est celle du tabes.

Sur 100 ataxiques, Beyer a trouvé 20 syphilitiques; Eulenburg, 25 ; Remak, 23; Bernhardt, 46; Erb, 50; Strümpell, 60; Möbius, 80, et Fournier, 93.

Depuis les observations de Morgagni ont été publiées de nombreuses observations d'épilepsie vraie due à la syphilis. A côté de nombreux auteurs qui trouvent défectueuse cette appellation de syphilitiques appliquée à des symptômes qui ne sont, en fait, que des réactions du cerveau à l'égard de lésions probablement syphilitiques mais qui produiraient les mêmes symptômes si elles étaient gliomateuses ou tuberculeuses, Fournier, Rubino et d'autres auteurs affirment l'existence d'une forme épileptique de syphilis cérébrale secondaire qui peut être regardée non seulement comme le résultat de lésions organiques, mais encore comme le produit de troubles dynamiques qui en font une épilepsie para-syphilitique.

La chorée syphilitique a été admise par les uns, niée par les autres. Quelques cas de démence syphilitique améliorés par un traitement spécial ont été rapportés par divers auteurs.

La question des psycho-névroses syphilitiques est une des plus discutées et les opinions émises sont des plus discordantes. Après en avoir cité quelques-unes l'auteur regarde comme démontrée, fondée sur des observations cliniques, l'existence d'une psycho-névrose syphilitique des plus importantes à connaître en raison du pronostic et de la thérapeutique. A l'appui de son opinion l'auteur rapporte cinq observations de psycho-névroses syphilitiques dans lesquelles la cause et l'effet, le remède et l'amélioration sont intimement et manifestement en rapport.

Le premier cas a trait à un malade atteint de manie aiguë et chez qui le traitement spécifique amène une amélioration rapide; le malade sort un mois et demi après son entrée. Il en est de même du second cas. Le troisième malade est un mélancolique avec excitation par intervalle qui séjourne seulement deux mois à l'asile. Même résultat rapide dans un cas de manie et dans un cas de confusion mentale. (*The alienist and neurologist*, avril 1899.)

E. B.

XXI. L'imbécillité et la folie de l'imbécillité devant la loi (Rapport médico-légal); par le Dr Hughes.

L'Etat de New-York a pris l'initiative de substituer au jury ordinaire, dans les cas criminels où la folie est invoquée par la défense une commission composée d'experts médicaux particulièrement compétents.

Cette juridiction a été employée pour le cas à propos duquel l'auteur publie un intéressant rapport médico-légal : il s'agit d'un faible d'esprit confinant à l'imbécillité et qui, le jour du mariage de son frère, sur le reçu d'une lettre anonyme injurieuse pour sa mère et sa sœur, tua son futur beau-frère. Quelque temps apres son incarcération, il tomba dans un état de dépression mélancolique qui retarda son jugement de trois mois.

Les conclusions de la commission furent que l'assassin, en raison de son imbécillité, était incapable d'apprécier la gravité de son crime qu'il était non compos mentis.

A la suite du rapport médico-légal rédigé par le Dr Hughes et signé par tous les membres de la commission, chacun des cinq membres de la commission a exposé, dans un rapport personnel les raisons pour lesquelles il en est arrivé aux conclusions de la commission. (*The alienist and neurologist*, avril 1899.) E. B.

XXII. Les trépidations et les phobies de la neuratonie cérébrale; par le Dr Hughes.

Aux appellations ordinaires de neurasthénie ou de cérébrasthénie, l'auteur préfère celle ne neuratonie. La cause primitive de la neuratonie est la nutrition défectueuse de l'écorce cérébrale, en particulier des neurones psychiques. Il peut arriver aussi que les zones psychomotrices soient atteintes.

La mauvaise nutrition de la zone psychique peut tenir à l'anémie, à la toxhémie, même à l'hyperhémie ou bien être due à une défectuosité héréditaire du neurone qui peut conduire aux formes graves des phobies confinant elles-mêmes aux idées délirantes de la folie. La folie est toujours à craindre comme une terminaison possible des phobies surtout lorsque celles-ci ne sont pas précédées par des causes profondes d'altération du système nerveux ou un grand shock psychique.

L'auteur cite quelques exemples de phobie : phobie chirographique ou crainte d'écrire des lettres; phobie contagieuse avec tremblement; phobie de contamination. (*The alienist and neurologist*, janv. 1899.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 31 *juillet* 1899. — Présidence de M. J. Voisin.

Démence épileptique paralytique spasmodique à l'époque de la puberté.

M. J. Voisin communique, en son nom personnel et au nom de M. Legros, cinq observations fort intéressantes de jeunes filles ou adultes devenues démentes à la suite d'accès répétés d'épilepsie en série et qu'un examen superficiel eût pu faire prendre pour des paralytiques générales.

Ce qui caractérise surtout la démence dans les cas rapportés, c'est qu'elle augmentait après les accès prolongés pour s'améliorer relativement dans les espaces intercalaires. En même temps que les observateurs constataient les troubles mentaux ; ils notaient l'apparition de troubles physiques du côté de la démarche et de la parole et même des paralysies fugaces. Ces malades auraient pu être facilement prises pour des paralytiques générales. Cependant une observation attentive ne permettait pas de confondre l'embarras de leur parole avec l'hésitation si caractéristique qu'on observe dans la paralysie générale.

Ces cinq aliénées présentaient toutefois un rire niais, un aspect béat ou bien un air ahuri et mélancolique. Elles avaient parfois des idées de persécution, mais jamais d'idées de grandeur, de richesse et leur démence n'offrait pas le caractère du délire multiple, non motivé et contradictoire de la paralysie générale.

Enfin, l'examen psychologique des lésions de l'encéphale a donné dans les cinq cas, la preuve que ce dernier diagnostic, malgré certaines apparences contraires, devait être écarté.

M. Nageotte a fait l'examen histologique des lésions présentées par deux des malades de M. J. Voisin. Sans parler de l'atrophie du cerveau, qui pour lui n'a aucun caractère pathognomonique, il a constaté que les vaisseaux étaient un peu dilatés partout ; leurs gaines très larges contenaient des amas pigmentaires, traces de congestions répétées. Mais leurs parois ne présentaient pas la plus petite infiltration de cellules anormales, ni la moindre trace d'inflammation. Il se base sur ce fait négatif pour conclure d'une façon

absolue que les cerveaux examinés n'appartenaient pas à des paralytiques générales.

M. Toulouse s'étonne que M. Nageotte n'attache aucune importance à l'atrophie du cerveau comme signe de la paralysie générale.

M. Christian se montre surpris d'entendre soutenir une opinion contraire. Il n'a jamais rencontré d'atrophie du cerveau dans les nombreuses autopsies qu'il a pratiquées chez des paralytiques généraux.

Histologie du myéloencéphale de Vacher.

M. Toulouse apporte le résultat de recherches histologiques faites par MM. Klippel, Philippe, Rabaud, Lambroso par lui-même et par son interne, sur le cerveau de Vacher. Ces examens, un peu différents dans les détails, se rapprochent par une conclusion commune : On n'a pas découvert dans le cerveau de Vacher de lésions pathologiques.

Observation d'acromégalie chez un dément épileptique.

M. Farnarier communique l'observation d'un cas d'acromégalie chez un dément épileptique du service de M. Sérieux. L'auteur admet que l'hérédité neuro-arthritique ou vésanique offre un terrain favorable au développement de l'acromégalie et que celle-ci, à son tour, par les perturbations certaines qu'elle provoque dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne comme l'hypophyse réagit sur le système nerveux et détermine l'éclosion d'affections nerveuses ou mentales variées.

Un cas de paralysie générale avec hallucination.

M. Truelle donne lecture d'une observation de paralysie générale accompagnée d'hallucinations de l'ouïe et de la vue qu'il a recueillie dans le service de M. Magnan. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans non syphilitique, mais fille d'une mélancolique et elle-même un peu triste, qui présenta progressivement tous les signes de la paralysie générale, en même temps que se montraient des hallucinations de la vue et de l'ouïe sous l'influence desquelles elle accomplit certains actes délictueux. Discutant ensuite la genèse des hallucinations dans la paralysie générale, M. Truelle adopte la théorie de M. Magnan qui les explique par la dégénérescence mentale dont sont frappés, avant l'apparition de la méningo-encéphalie chronique, les malades qui en présentent.

Ce cas offre une nouvelle confirmation de cette loi générale formulée par M. Magnan qui veut que dans la paralysie générale la vigueur du délire soit conditionnée par l'état de la lésion alors que son existence ne l'est que par une prédisposition antérieure

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 9 avril 1899.

Professeur FILATOFF. — *Encéphalite infectieuse chez deux frères.*

F... Présente deux malades (frère et sœur) âgés de quatre et cinq ans, atteints au mois d'août, à quatre jours d'intervalle, de la même affection : début par frisson et fièvre, le lendemain paralysie brusque des jambes et de la langue; ensuite, convulsions avec perte de connaissance durant deux à trois heures. Chez la première malade la fièvre cessa au bout de six semaines, reparut quinze jours plus tard et continue jusqu'à ce jour. Pendant la deuxième période fébrile elle eut souvent des accès d'opistotonus (une et même plusieurs fois par jour); dysphagie. Actuellement la malade a perdu complètement la parole et la mimique, et ne répond aucunement aux questions. Pas de paralysies, légère rigidité dans les muscles des jambes; ataxie et tremblement de mains; parfois tremblement de la tête; intégrité de la sensibilité et des réflexes; légère dysphagie.

Chez l'autre malade la fièvre dura quatre semaines : démarche incertaine ; accès convulsifs avec perte de connaissance, en outre, petits accès très fréquents consistant dans des chutes brusques, le plus souvent sur le dos.

Le petit frère de ces deux malades présentés fut également atteint à la même époque, de fièvre qui ne dura que quinze jours et d'accès convulsifs, mais ne perdit pas la parole et guérit complètement.

Après analyse des symptômes cliniques F... s'arrête au diagnostic d'encéphalite, et notamment à la forme décrite par Leyden et Goldscheider sous le nom d'encéphalo-myélite disséminée.

Discussion. — M. MOURATOFF croit qu'il s'agit ici d'une affection d'origine infectieuse : la longue durée de la fièvre peut bien tenir à la localisation du foyer dans le corps optique.

M. KORNILOFF pense que l'affection pourrait être d'origine post-infectieuse.

Le professeur KOJEVNIKOFF croit à la possibilité d'une méningite cérébro-spinale avec localisation ultérieure dans l'écorce cérébrale.

Dr PRÉOBRAJENSKY. — *Deux cas de paralysies bizarres :*

P... présente deux malades (mère et fils) qui furent atteints simultanément à la suite d'un empoisonnement alimentaire. Le

lendemain de l'ingestion des aliments suspects on constata chez le fils la voix nasonée, des vertiges et une paralysie de tous les quatre membres. Actuellement le malade présente une diplopie avec ptosis double et parésie de tous les mouvements oculaires. Figure en masque, parésie de la langue et du voile du palais. de la déglutition et de la mastication ; parésie de tous les muscles, des membres et du tronc sans R. D. ; intégrité de la sensibilité, des réflexes rotuliens et des organes pelviens (les autres réflexes sont affaiblis), la température est normale. Après une aggravation passagère des symptômes bulbaires, les phénomènes commencent à s'améliorer. La mère présenta à peu près les mêmes symptômes morbides et en plus un nystagmus horizontal.

A noter que la personne chez laquelle ces deux malades étaient invités à dîner, fut prise du même genre de troubles.

L'auteur croit qu'il s'agit ici d'une polyencéphalite analogue à celle décrite par Oppenheim, par suite d'empoisonnement ptomaïnique.

A la *discussion* ont pris part MM. Kojevnikoff et Serbsky.

Dr Stoupine. — *Des problèmes de l'organisation régulière du travail chez les aliénés.*

Après une étude approfondie de la littérature de la question. S... arrive à conclure que l'organisation du travail régulier dans les asiles des aliénés s'impose sur la plus large échelle, comme mesure à la fois hygiénique et thérapeutique.

Secrétaires des séances : S. Rossolimo, V. Mouravieff.

Séance du 30 *avril* 1899.

M. Rossolimo présente de nouveau la malade, atteinte de *névrite parenchymateuse subaiguë* (troisième attaque, à la suite des couches) greffée sur le terrain d'une *polynévrite interstitielle hypertrophique progressive infantile* (Déjerine), malade présentée à la société il y a deux mois. Actuellement, bien que l'affection fondamentale persiste (même hypertrophie des troncs nerveux) les phénomènes morbides sont en grande partie bien atténués : la malade marche sans être soutenue ; l'ataxie est peu prononcée, la force motrice a augmenté, l'anesthésie est faible et peu étendue. Les autres symptômes (voir la *séance du* 19 *février* 1899) sont restés *in statu quo.*

Professeur Roth et Dr Ivanoff. — *Trois cas de cysticerques du cerveau :*

Observation I. — Chaudronnier, âgé de trente-six ans. Malade depuis quatre ans. Souffre d'accès de trois espèces : 1° accès épileptiformes généralisés ; 2° accès partiels à forme corticale, consistant en secousses convulsives du bras droit avec inclinaison forcée de la tête à droite ; 3° accès d'aphasie passagère avec tiraillements de la langue du côté droit. En outre céphalées accompagnées sou-

vent de nausées et de vertiges. Nombreuses tumeurs sous-cutanées formées par des cysticerques, du volume d'un petit pois ou d'une noisette. Le malade est présenté à la Société.

Observation II. — Gardien d'usine, âgé de quarante-huit ans, alcoolique. Accès épileptiformes généralisés à partir de l'année 1894 se répétant à intervalles éloignés. Depuis peu de temps accès de convulsions partielles au bras droit, à la face et à la langue du côté droit avec aphasie simultanée. Mort en état de mal épileptique qui a duré six heures. A l'*autopsie* on a trouvé sous la première cérébrale douze cysticerques, en partie calcifiés, en partie encore vivants; l'un de ces cysticerques a l'aspect du soi-disant « cysticercus racemosus ». Dans le voisinage des cysticerques on constate les phénomènes d'une réaction inflammatoire plus ou moins nettement accusée.

Quelques-uns des vésicules sont contenus dans une capsule fibreuse consistante. La substance cérébrale est hypérémiée et œdémateuse ; les ventricules sont dilatés. (*Présentation des pièces anatomiques.*)

Observation III. — Ancien soldat, âgé de quarante-sept ans. Souffre depuis vingt ans d'accès épileptiformes, se répétant une ou deux fois par an. A l'*autopsie* on trouve à la surface convexe de l'hémisphère droit des cysticerques du volume d'une petite noisette, cause vraisemblable des accès convulsifs.

Les auteurs attirent l'attention sur l'absence totale de phénomènes chez la plupart des malades atteints de cysticerques du cerveau complètement développé, sur la diversité du caractère des accès convulsifs chez le même malade, et enfin sur la rareté des phénomènes d'abolition des fonctions cérébrales. Les symptômes cérébraux irritatifs marchent probablement de pair avec l'intensité de la réaction inflammatoire du voisinage de la tumeur ; ils relèvent sans doute de celle-ci.

Discussion. — M. Minor relate un cas de cysticerques multiples observé par lui et qui évolua sous la forme d'une myélite par compression à marche rapide, sans aucuns symptômes cérébraux. On constata sous la peau la présence de nombreuses petites tumeurs vésiculaires à cysticerques. L'*autopsie* révéla la présence d'un énorme cysticerque sous la pie mère médullaire, au niveau de la région dorsale de la moelle ; en outre les ventriculaires cérébraux contenaient toute une colonie de cysticerques libres.

M. Mouratoff, vu que les symptômes cérébraux font défaut pendant la première phase de l'immigration des cysticerques et n'apparaissent que dans les phases ultérieures, croit pouvoir en conclure que la cause de ces symptômes réside dans la dégénération de l'écorce cérébrale.

M. Kojewnikoff pense que les phénomènes cérébraux orageux et

graves qui éclatent brusquement dans les cas de cysticerques peuvent être mis sur le compte des mouvements actifs de ceux-ci ; la réaction inflammatoire du voisinage joue naturellement aussi un rôle important dans la pathogénie de ces troubles.

Des remarques ont été faites par MM. Korniloff et Minor.

M. Minor. — *Le groupe péronier des traumatismes médullaires* (Die Peronealgruppe der Rückentraumen).

En se basant sur quelques données de la littérature et sur ses observations personnelles, M... essaie de différencier un groupe particulier de lésions médullaires, caractérisées principalement par l'affection du nerf musculo-cutané (peroneus). La localisation présumée de l'affection se trouve dans ces cas immédiatement au-dessus du cône médullaire.

Observation I. — Homme âgé de quarante-cinq ans. Chute d'une hauteur de trois mètres. Immédiatement après l'accident paraplégie inférieure complète, douleurs, abolition des réflexes rotuliens ; intégrité des sphincters. Au bout de trois mois, guérison complète à l'exclusion du nerf péronier gauche qui reste paralysé. La prédominance des douleurs et l'unilatéralité de la paralysie du péronier font admettre qu'il s'agit dans ce cas d'une lésion de la queue de cheval.

Observation II. — Homme âgé de trente-deux ans. Chute d'une hauteur de deux mètres sur la fesse droite. Douleurs aiguës d'intensité croissante pendant les premiers jours et paraplégie motrice. Amélioration consécutive avec persistance de la paralysie des nerfs péroniers (musculo-cutanés), notamment du côté gauche, où l'on constate aussi de l'hypoesthésie dans le domaine de ce nerf. Les sphincters sont intacts.

Diagnostic : Lésion de la queue de cheval, principalement à la hauteur de la première et de la deuxième racines sacrales.

Observation III. — Homme âgé de trente-cinq ans. Chute de la hauteur du 3e étage. Parésie bilatérale très accusée dans le domaine du plexus sacral et du nerf musculo-cutané. Troubles de la sensibilité très prononcés aux jambes et aux pieds, à dissociation syringomyélique, sauf à la plante du pied gauche où l'anesthésie est complète. Les réflexes rotuliens sont intacts. Les sphincters, touchés pendant le premier temps, redeviennent normaux. Pas de douleurs. Le malade quitte l'hôpital au bout de deux mois après l'accident avec paralysie bilatérale des nerfs péroniers.

Diagnostic: Hématomyélie centrale immédiatement au-dessus du cône médullaire.

Observation IV. — Homme âgé de dix-huit ans fait un faux pas et tombe. Paralysie croissante des deux jambes ; plus tard amélioration progressive. Il reste une paralysie complète du nerf musculo-cutané du côté droit et une légère parésie dans le domaine

du même nerf du côté gauche. L'excitabilité électrique est profondément troublée. Hypoesthésie thermique aux régions postéro-externes des deux jambes et aux plantes des pieds. Les sphincters et les réflexes rotuliens sont intacts.

Diagnostic : Lésion probablement combinée et limitée (hématomyélie) de la moelle épinière et de la queue de cheval au niveau de l'émergence de la première et de la deuxième racine sacrée.

Observation V. — Homme âgé de dix-neuf ans, tombé d'une hauteur de 14 mètres. Nombreuses contusions et fractures. Paraplégie inférieure complète. Douleurs violentes au sacrum et aux jambes. Rétention d'urine. Amélioration notable à partir de la troisième semaine, mais on note encore une parésie très accusée dans le domaine du plexus sacral, notamment des muscles fessiers et une paralysie complète des deux nerfs musculo-cutanés. Au bout de deux mois, le malade commence à marcher; sa démarche a le type nettement péronier, plus balancement dans le bassin et lordose (paralysie des fessiers). Abaissement de l'excitabilité électrique dans le domaine du plexus sacral et R. D. dans le domaine des nerfs jambiers antérieurs, surtout du côté droit. Abaissement considérable de la sensibilité thermique dans le domaine des deux nerfs musculo-cutanés, principalement du côté gauche.

Diagnostic : Hématomyélie centrale au niveau de la première et de la deuxième racine sacrée.

Discussion. — M. Mouravieff a observé plusieurs cas de lésions médullaires du même type à évolution chronique.

M. Lountz relate deux observations personnelles analogues.

M. Kojevnikoff montre que l'essai de M. Minor peut avoir une grande valeur dans la symptomatologie des affections de la moelle épinière. M. Korniloff prend part à la discussion.

Dr W. Mouravieff. — *Un cas d'apoplexie médullaire* (avec présentation du malade). — Cocher, âgé de trente-neuf ans, toujours bien portant. Pas de syphilis. Abus de boissons à partir de l'âge de vingt-quatre ans. Il y a quinze ans, chute grave avec perte de connaissance pendant une demi-heure et grande faiblesse générale consécutive pendant un mois. La maladie actuelle débuta au commencement de décembre 1896, en pleine santé apparente, par une faiblesse et une paralysie brusque des deux bras. Il n'y eut ni vertige, ni faiblesse des jambes. A l'examen, on constate une paralysie complète des extenseurs de l'avant-bras des deux côtés, mais plus prononcée à droite. Parésie incomplète des fléchisseurs. Certaine faiblesse des muscles de l'épaule. Parésie très prononcée des muscles qui ont pour fonction de rapprocher l'omoplate gauche vers la colonne vertébrale. En même temps, on constate de l'atrophie musculaire et de l'abaissement de l'excitabilité électrique, en pro-

portion directe avec le degré de la paralysie des muscles correspondants. Hypoesthésie légère, tactile et douloureuse aux paumes de la main ; certaine hypoesthésie thermique aux deux phalanges terminales des trois derniers doigts de la main gauche. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont exagérés ; le réflexe rotulien est très abaissé du côté droit, et exagéré à gauche; les réflexes abdominal et crémastérien sont plus prononcés du côté droit que du côté gauche. Les organes internes sont intacts.

L'apparition brusque des paralysies, la bilatéralité et le caractère segmentaire de la lésion, dans l'absence de toute cause d'embolie doit faire penser à une hémorragie médullaire, notamment sur l'étendue du cinquième segment cervical jusqu'au premier dorsal inclusivement. Il s'agit sans doute d'une hématomyélie à forme tubulaire, ayant intéressé principalement les groupes antérieur et interne des cellules des cornes antérieures ; les cornes postérieures ne sont presque pas intéressées, puisque les troubles de la sensibilité sont insignifiants. Il conviendrait peut-être, d'après M., de désigner ces cas sous le nom d'*hématomyélie antérieure*, en parallèle avec la poliomyélite antérieure.

MM. Versiloff, Kojevnikoff, Mouratoff et Rossolimo prennent part à la discussion.

Dr Popoff.—*Contribution à la casuistique de la maladie de Basedow.*

P... relate deux observations de goitre exophtalmique avec *hémorragies de divers organes au cours de la maladie.* La première malade, âgée de trente-huit ans, a présenté tous les symptômes classiques de Basedow, et en outre des hémorragies fréquentes de l'utérus (la sphère génitale est normale), des gencives, des lèvres, du nez et de nombreuses ecchymoses sous-cutanées. Au bout de deux mois de traitement, tous les symptômes basedowiens se sont amendés, et en même temps les hémorragies ont cessé. — La deuxième malade présente la forme fruste de la maladie de Basedow, masquée par de multiples et fréquentes hémorragies de l'utérus, du nez et de la gorge. La malade ne se plaint que de ces hémorragies. On trouve en outre divers symptômes d'hystérie. En présence des hémorragies variées sans cause locale apparente, P... eut l'idée de rechercher les symptômes de Basedow, et effectivement il constata une hypertrophie de la glande thyroïde, une tachycardie, un tremblement généralisé et une sensation de chaleur dans tout le corps. L'intérêt de cette dernière observation réside purement dans ce que le symptôme « hémorragies », qui passe pour un symptôme relativement rare de la maladie de Basedow, a pu servir de point de départ pour diagnostiquer la forme fruste de cette affection.

Discussion. — M. Postowsky fait remarquer que la deuxième malade de P... était sujette à des hémorragies dès l'enfance.

M. Kojevnikoff pense que le rapport causal entre les hémorragies et le goître exophtalmique n'est pas suffisamment élucidé dans les observations de M. Popoff.

Secrétaires des séances : A. Bernstein ; N. Versiloff.

Séance du 14 mai 1899.

A. Bernstein. — *Contribution à la symptomatologie des signes physiques des maladies mentales.* (Communication préalable.)

Quand on porte avec le bout du doigt ou du marteau percuteur un petit coup sec sur un muscle en état de relâchement, il se forme parfois à l'endroit de la percussion, en même temps avec la contraction fibrillaire habituelle ou en dehors de celle-ci, un bourrelet dont l'axe long est perpendiculaire à la direction des fibres musculaires (myoïdème, idiomusculære Wulst). B... a examiné ce phénomène sur le biceps de 125 aliénés. Le phénomène était nettement prononcé dans 44 cas sur 46 de *démence précoce* (Kraepelin), dans les 28 cas examinés *de paralysie générale*, dans 8 cas *d'imbécillité congénitale*. Il manquait dans les 5 cas examinés *d'amentia* (Meynert) et dans 6 cas sur 11 de psychoses émotives (dans les autres 5 cas de ces psychoses le bourrelet n'apparaissait qu'à la suite des percussions répétées et disparaissait immédiatement). Les recherches parallèles faites sur des malades atteints de diverses affections nerveuses ont permis de constater la présence de ce phénomène dans tous les cas examinés d'*épilepsie* (8 cas), de *syphilis cérébro-spinale* (6 ca), d'affections diverses du *neurone moteur* (névrite multiple, amyotrophie spinale, etc.) et de *tabes dorsalis*. Le phénomène faisait défaut dans les *hémiplégies* cérébrales (8 cas), du côté malade, comme du côté sain et dans l'*hystérie* (4 cas). Les recherches faites sur 10 personnes bien portantes ont toutes donné un résultat négatif.

Discussion. — M. Mouratoff croit que la valeur du phénomène en question est très incertaine tant au point de vue théorique que pratique, puisqu'on l'observe indifféremment dans nombre d'affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, et dans les états d'épuisement général. Le rapport de ce phénomène avec l'affection du premier neurone moteur est douteux. Le bourrelet musculaire tient plutôt à l'altération du tissu musculaire lui-même. L'existence de la démence précoce, comme forme autonome, n'est pas encore suffisamment démontrée, et en tout cas la présence du phénomène de bourrelet musculaire ne peut servir de preuve d'autonomie de cette affection.

M. Korniloff dit que les nombreuses recherches qu'il a faites pour élucider les conditions du phénomène de bourrelet musculaire l'ont amené à des conclusions fermes. Le muscle qui se prête mieux à l'étude de ce phénomène est le deltoïde.

M. Serbsky fait remarquer que le nombre de recherches fait par Bernstein sur des personnes normales est insuffisant.

En outre, ont pris part à la discussion : MM. Rybakoff, Jakowenko, Kojevnikoff et Postowsky.

M. Lioubouchine. — *Un cas de démence organique chez une femme hystérique* (avec présentation de la malade).

Couturière, âgée de vingt-huit ans, issue d'une famille d'alcooliques et dont une sœur est hystérique. Depuis la puberté, caractère hystérique. En 1896, trois semaines avant ses couches, éruption généralisée et rhinite persistante (syphilis ?). Quinze jours après les couches, première attaque hystérique Dix-huit mois plus tard, deuxième attaque. A partir du printemps 1898, les accès se répètent par séries. Chaque accès est suivi d'excitation avec confusion mentale et hallucinations, parésies passagères des membres supérieurs, parfois délire de possession. Surdité. A l'examen, fait à l'entrée de la malade, le 8 décembre 1898, on constate l'absence des réflexes rotuliens, symptôme de Romberg peu prononcé. La parole et les pupilles ne présentent rien d'anormal. Analgésies de tout le corps, sauf le plan du front. Absence des réflexes pharyngés et plantaires. Surdité bilatérale (l'examen objectif des oreilles donne un résultat négatif). L'humeur est très variable, l'intelligence est intacte. Jusqu'au 9 décembre, la malade eut six attaques. A partir de ce jour survient une série d'accès apoplectiformes et épileptiformes avec hémiparésies passagères ; affaiblissement progressif de l'intelligence, inégalité pupillaire, trouble paralytique de la parole, assymétrie faciale. L'état de démence apathique est rarement remplacé par des hallucinations avec excitation et délire de possession.

L... fait remarquer que la paralysie générale chez les hystériques porte un cachet spécial qui dénote bien la présence de l'hystérie.

Ont pris part à la *discussion :* MM. Roth, Kojevnikoff et Mouratoff.

M. Moltschanoff. — *Contribution à l'étude des affections blennorrhagiques du système nerveux* (avec présentation de planches et de préparations microscopiques).

Après avoir indiqué l'insuffisance de nos connaissances actuelles relatives à la question de la pathogénie des affections blennorragiques du système nerveux, M... expose les résultats des expériences qu'il a entreprises pour élucider le mécanisme de l'action du gonocoque de Neisser et de sa toxine sur le système nerveux des animaux : souris blanches, cobayes et lapins . La toxine gonococcique, employée par M., était extraite des cultures ensemencées dans un milieu liquide (une partie de bouillon et une partie de liquide de l'hydrocèle de l'homme), chauffées à 70° C. pendant un quart d'heure.

L'intoxication chronique se manifestait par les phénomènes

suivants : 1° chez les cobayes, à partir de la troisième semaine de l'injection, on observe une exagération des réflexes tendineux, surtout de l'arrière-train ; à la fin du premier mois et au commencement du deuxième, les réflexes disparaissent, pour réapparaître au commencement du troisième mois ; à la fin du premier et au commencement du deuxième mois apparaissent des parésies et des paralysies, principalement dans les extrémités postérieures, accompagnées d'atrophies musculaires ; 2° chez les lapins tous ces phénomènes se font jour un peu plus tard et sont moins prononcés, mais on observe plus souvent un trouble du sens musculaire des extrémités postérieures.

L'examen microscopique du système nerveux de 25 cobayes et de 20 lapins ayant subi l'intoxication gonococcique a conduit M... aux conclusions suivantes :

1° La toxine gonococcique produit dans le système nerveux des altérations bien nettes et bien déterminées ;

2° Ces altérations, dans les cas d'intoxication aiguë, intéressent principalement les cellules des cornes antérieures : chromatolyse partielle ou généralisée, formation de vacuoles avec atrophie consécutive de certaines cellules, etc., phénomènes qui ne présentent du reste rien de spécial pour la toxine blennorragique. Ces altérations sont le plus prononcées chez les cobayes ;

3° Les cellules des ganglions spinaux subissent des altérations analogues, mais un peu plus tard. Les cellules de l'écorce cérébrale, des grands ganglions et des noyaux des nerfs craniens sont le moins atteintes ;

4° A côté des altérations cellulaires, on trouve une hypérémie des méninges cérébrales et surtout médullaires, et une hypérémie de la substance grise médullaire avec parfois des hémorragies à l'intérieur de celle-ci ;

5° Le degré d'intensité de toutes ces altérations est proportionnel à la quantité de toxine injectée ;

6° A partir de la troisième semaine chez les cobayes et de la quatrième chez les lapins apparaissent des symptômes de névrite dégénérative plus ou moins nettement prononcée ;

7° A la fin du deuxième mois, et parfois même plus tard, se développent des lésions dégénératives des racines postérieures et des cordons postérieurs de la moelle.

La communication de L... a été accompagnée de démonstrations micro-photographiques.

Discussion. — M. Roth a observé dans les intoxications des altérations des capillaires. Des remarques ont été faites par Jakowenko, Mouravieff, Korniloff, Soukhanoff, Kojewnikoff.

Secrétaires des séances : G. Rossolimo ; N. Versiloff.

BIBLIOGRAPHIE.

IX. *Le Syndrome de Little : sa valeur nosologique; sa pathogénie;* par le Dr R. Cestan.

M. R. Cestan aborde, dans sa thèse inaugurale, deux questions connexes de pathologie nerveuse, mises à l'ordre du jour en ce moment, un peu partout : valeur nosologique du syndrome de Little, et physiologie pathologique de la contracture vraie ou organique.

Le travail commence par une mise au point des théories pathogéniques du syndrome de Little; elles peuvent se grouper en théories dualistes et en théories unicistes. Les *dualistes* (Seeligmüller, Förster, Rupprecht, Naef, Pierre-Marie, Brissaud, van Gehuchten) y voient une maladie véritable, autonome, indépendante des autres diplégies infantiles. C'est la dégénération primitive et isolée du faisceau pyramidal due à la naissance avant terme. C'est une paraplégie spasmodique et congénitale des quatre membres, plus prononcée aux membres inférieurs, appartenant en propre aux enfants nés avant terme, caractérisée par l'état spasmodique plus que par la paralysie, ne se compliquant ni de phénomènes convulsifs, ni de troubles intellectuels, et susceptibles sinon d'une guérison complète, du moins d'une amélioration progressive (Brissaud). C'est une affection d'origine médullaire, exclusivement due à l'absence de faisceaux pyramidaux dans la moelle épinière, à cause de la naissance avant terme (van Gehuchten). Les *unicistes* (Ross, Wolters, Osler, Mac Nutt, Sachs, Freud, Raymond, Massalongo), considèrent l'affection décrite par Little comme un simple syndrome faisant partie du grand groupe des diplégies cérébrales, au même titre que l'hémiplégie spasmodique, l'hémichorée congénitale, l'hémiathétose, l'athétose double, etc. L'auteur défend cette dernière doctrine, en s'appuyant sur de nombreux documents personnels, empruntés à la clinique du professeur Raymond ou au service de M. Bourneville à l'hospice de Bicêtre.

Sur le terrain de l'observation clinique, l'étiologie et les symptômes de la maladie de Little n'ont aucune spécificité. Accouchements prématurés ou laborieux, simples convulsions, intoxications héréditaires (syphilis ou alcoolisme) : voilà autant de causes étiologiques qui se rencontrent au début de la maladie de Little, comme au début des diplégies cérébrales proprement dites. La spasticité, la paralysie, les troubles intellectuels, les mouvements

choréiques, athétosiques ou simplement post-hémiplégiques : voilà autant de symptômes qui peuvent s'associer dans le syndrome de Little, comme dans les autres diplégies. Bref, en clinique, tous les intermédiaires existent ; c'est une suite ininterrompue de formes symptomatiques, depuis la simple rigidité jusqu'à la paralysie avec idiotie totale. Il n'est pas possible d'isoler une maladie qui serait caractérisée uniquement par la rigidité spastique congénitale.

L'anatomie pathologique vient, d'ailleurs, renforcer cette conclusion uniciste, basée sur les observations cliniques. L'auteur commence logiquement son étude par des recherches originales, fort intéressantes, sur le développement et le parachèvement du faisceau pyramidal : recherches qui complètent, tout en les modifiant sur plusieurs points, les données publiées par Hervouet en 1884. A la naissance, le faisceau pyramidal est très spécial par la finesse de ses cylindres-axes, par la gracilité de ses gaines myéliniques, enfin par le faible développement du stroma névroglique contrairement à l'opinion d'Hervouet. Ces notions d'histologie normale permettent à M. R. Cestan de préciser avec plus de netteté que les auteurs précédents, toutes les formules pathologiques, qu'on peut rencontrer au niveau du faisceau pyramidal; il étudie successivement la simple dysgénésie, la sclérose dense, l'agénésie totale. Le matériel d'examen est considérable puisqu'il comprend 15 cas, examinés aux principaux niveaux de la moelle, du bulbe et de la protubérance, parfois même dans les circonvolutions rolandiques, avec toutes les méthodes usitées en histopathologie nerveuse (Weigert, Pal, Nissl, Marchi, etc.). La conclusion est que le faisceau pyramidal se trouve atteint de façon très variable dans la maladie de Little. De plus, il existe toujours une lésion cérébrale, mais très variée de siège, de nature et d'intensité. En résumé, *il n'y a pas une lésion unique*, ainsi que l'exigent les partisans de la théorie dualiste.

Dans la deuxième partie de sa thèse, M. Cestan, reprenant les documents exposés plus haut, les fait servir à la discussion des nombreuses théories pathogéniques de la contracture organique. Nous ne saurions entrer dans le détail de toutes ces doctrines, dont quelques-unes sont classiques. L'argumentation, rigoureusement conduite, et les critiques faites avec beaucoup d'à-propos et de justesse, montrent aisément toutes les incertitudes qui empêchent une solution définitive. L'auteur, très sagement, avoue ses hésitations, tout en donnant ses préférences à la théorie d'Hitzig, modifiée par von Monakow.

Ainsi, très variés, mais connexes, sont les sujets que l'auteur aborde dans son travail inaugural. Sur chacun d'eux, M. Cestan a su donner sa note originale, basée sur des faits cliniques et anatomo-pathologiques, très heureusement choisis. Cette thèse

n'est donc pas seulement une mise au point, judicieusement conduite, des doctrines les plus récentes sur le syndrome de Little et sur la pathogénie de la contracture ; elle constitue, avant tout, une œuvre personnelle dans laquelle le lecteur aura beaucoup à prendre et à garder. Cl. PHILIPPE.

X. *Etude de la descendance des paralytiques généraux ;* par le Dr L. WAHL. In-8°, Paris, Jouve et Boyer, 1898.

L'auteur ne prétend pas trancher cette question souvent abordée mais qui n'a jamais été traitée à fond, il a assemblé un choix de matériaux intéressants qui permettent d'esquisser d'importantes conclusions et amorcent de nouvelles recherches. Ce travail est donc surtout un copieux recueil de bonnes observations habilement classées et précédées d'une revue générale de tout ce qui a été dit à ce sujet. Les enfants de paralytiques généraux meurent souvent dès le bas âge, ce qui est facile à comprendre eu égard à la nature des causes de la maladie des ascendants : syphilis, alcoolisme et surmenage ; ils sont d'autre part prédisposés aux affections du système cérébro-spinal (paralysie infantile, affections convulsives), et à toutes les variétés des maladies mentales parmi lesquelles l'hérédité similaire est encore pour eux la plus rare. Enfin, chez les descendants de P. G. les maladies mentales les plus communes sont la dégénérescence à tous ses degrés depuis l'idiotie jusqu'à la simple instabilité. Les faits montrent que loin de n'être exposés qu'à l'hérédité congestive par opposition à l'hérédité vésanique, ces sujets sont sous le coup de toutes es maladies avec ou sans lésions du système nerveux.

P. BOISSIER.

VARIA.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA (nos 1 à 4, 1899).

Cette revue mensuelle, dont la forme et la langue sont celles de notre pays et qui constitue l'organe officiel de la Faculté de Médecine de Montréal, est riche en observations cliniques et en discussions casuistiques. Bien que le n° 1 ne contienne aucun travail se rapportant à la neurologie, je ne saurais le passer sous silence. Il débute, en effet, par une simple relation de voyage du Dr Saint-Jacques, intitulée « *Universités allemandes — Bonn* », — qui renferme surtout des observations et des critiques amicales dont a médecine française peut faire son profit.

Assise sur le Rhin, adossée au Vennsberg, Bonn est une ville charmante, mais Paris.....! La science allemande est admirable, mais nos savants français! Quel dommage qu'en France on ne rencontre point, avec des légions de professeurs et de *privat-docenten*, d'immenses laboratoires et instituts, comme à Bonn ou à Boston, où étudiants et praticiens trouvent pour travailler et arriver, toutes les bonnes volontés et toutes les commodités désirables. A Bonn, les hôpitaux, tous rassemblés autour de l'Université, sont *sous le contrôle exclusif du corps médical*. Les *gardes-malades sont diplômées et soumises à un enseignement gradué*. Le Dr Saint-Jacques a vu à l'œuvre la religieuse catholique et les gardes-malades laïques anglaises, américaines, françaises et allemandes. Il estime que « comme vrai dévouement la sœur de charité est au premier rang », mais à la condition d'avoir reçu un entraînement sérieux. *Il est heureux de constater qu'au Canada les religieuses commencent à se soumettre à un enseigmement professionnel*, pour devenir des gardes-malades « modernes ». — Mais quelle supériorité présente la nurse anglaise sur toutes les autres gardes-malades par la sollicitude constante et éclairée, pour le bien-être physique et moral — je ne dis pas religieux — des malades. L'Institut de pathologie de Bonn est colossal, ses collections sont riches, mais elles sont loin d'égaler les musées Dupuytren et Saint-Louis.

L'influence scientifique de l'Allemagne à l'étranger est considérable surtout parce que la plupart des médecins allemands parlent les langues étrangères, le français ou l'anglais — souvent les deux. « Si seulement en France, on se donnait la peine des langues étrangères, dit le Dr Saint-Jacques, quelle influence la science française à l'instar de l'art prendrait davantage à l'extérieur ! » — A bon entendeur, salut !...

Suicides d'enfants.

Sous ce titre : *Suicide d'un enfant de onze ans*, on écrit de Reims, au *Petit Parisien :*

« Il y a trois jours, un enfant de onze ans et demi, Adolphe Loth, demeurant chez son père, rue Jobert-Lucas, quittait la maison paternelle en disant qu'il allait se noyer. On prêta peu d'attention à ce propos, mais l'enfant n'étant pas rentré le soir, son père, inquiet, commença des recherches. On fouilla le canal dans la direction du pont de Saint-Brice, où des passants avaient vu l'enfant se diriger. Pendant deux jours les recherches restèrent sans résultat ; ce matin elles viennent d'aboutir. Le cadavre du malheureux enfant a été retrouvé dans le canal, exactement au même endroit où sa mère s'était suicidée il y a environ un an. On s'est souvenu alors que, depuis la mort de sa mère, Adolphe Loth

avait déclaré plusieurs fois qu'il irait « retrouver sa mère en mourant comme elle ». Il paraîtrait même qu'avant d'aller se jeter à l'eau le pauvre petit désespéré s'était rendu au cimetière et avait prié un instant sur la tombe de sa mère. »

— Un enfant de quatorze ans, le jeune Léon Gobin, garçon de ferme à Saint-Sylvain, près Angers, a tenté de mettre fin à ses jours en se tirant un coup de revolver dans la région du cœur ; il reste peu d'espoir de le sauver.

— A la suite d'une réprimande qui lui avait été faite par sa mère, le jeune Louis Auguié, âgé de douze ans, habitant Assier, près Cahors, s'est suicidé en se jetant sous les roues d'un train. (Le *Petit Parisien*, 14 août.)

Société médico-psychologique : Prix Belhomme fondé en 1882.

Prix triennal de 900 francs devant être décerné au meilleur travail sur *l'Idiotie*.

1885. — Moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots : Pas de mémoire.

1886. — De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie : M. Bricon (1.200 francs).

1889. — Rechercher s'il existe des signes anatomiques, physiologiques et psychologiques propres aux criminels : Pas de mémoire.

1892. — De la vision chez les idiots et les imbéciles : MM. Bonnet, Marie, prix ; mention honorable : M. Armand Guibert.

1893. — De l'audition chez les imbéciles et les idiots : Mention très honorable avec 400 francs à MM. Bonnet et Marie.

1895. — Traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie (arriérés, débiles, imbéciles, idiots) : M. Boyer, prix (700 francs) ; M. Bonnet (100 francs), mention honorable.

1897. — Du langage chez les idiots : M. Bonnet, prix (400 francs) ; M. Maupaté, mention avec 200 francs.

1899. — Du système musculaire chez les idiots et de son éducation : M. Boyer, prix (450 francs) ; MM. Bonnet et Marie, mention honorable (avec 150 francs).

L'alcoolisme.

Un drame dans un escalier. — Après avoir passé la soirée chez des amis, un ouvrier métallurgiste, M. Arthur Cateline, âgé de trente-huit ans, qui occupe un petit appartement dans un hôtel meublé tenu rue Basfroi par M. Lucadou, regagnait son domicile, vers onze heures du soir, lorsqu'il croisa dans l'escalier un de ses voisins, Jacques Drient, âgé de quarante ans, homme de peine. Ce dernier, alcoolique invétéré, sortait de chez lui faisant un vacarme épouvantable. L'autre s'effaça pour le laisser passer,

mais pris d'un subit *accès de fureur*, Drient s'élança sur lui et lui porta plusieurs coups de couteau, le blessant grièvement et à deux reprises au crâne.

Aux cris que poussait la victime, le logeur intervint, armé d'un solide nerf de bœuf. A sa vue, Drient lâcha son premier adversaire qu'il tenait à la gorge, et bondit sur lui l'arme haute. Une lutte terrible s'engagea, à l'issue de laquelle l'alcoolique s'affaissa poussant un cri sauvage et lâchant son arme. D'un coup de son terrible bâton, M. Lucadou lui avait brisé le bras droit. A demi assommé, grièvement blessé, Drient fut remis aux mains de gardiens de la paix qui le transportèrent à l'hôpital Saint-Antoine, où il sera soigné et gardé à la disposition de M. Leygonie, commissaire de police. Pendant ce temps, M. Cateline recevait dans une pharmacie voisine les soins nécessaires, puis sur sa demande était ramené à son domicile. (*Petit Parisien*, 16 août.)

— Rue Ilry, à Neuilly, le nommé Gelineau, rentrant *ivre*, voulut étrangler sa femme. Son fils Jules, seize ans, voyant sa mère en danger, tua son père d'un coup de couteau. Il a été arrêté. (*Bonhomme Normand*, 24 août.)

— *Accident en ivresse.* — A Croix, près Roubaix, un ouvrier maçon nommé Joseph Erny, âgé de trente-trois ans, en état *d'ébriété*, voulut monter sur un tombereau en marche ; il s'y prit si maladroitement qu'il tomba à califourchon sur le treuil et fut pour ainsi dire empalé sur un crochet qui dépassait. L'infortuné a été transporté à l'hôpital dans un état désespéré. (*Petit Parisien*, 25 août).

— *Tentative d'assassinat par une prostituée ivrognesse.* — Un crime analogue à celui qui a ensanglanté il y a huit jours la commune de Saint-Pol a failli se produire cour Codron, dans la rue des Passerelles. Une fille de *mauvaise vie*, *ivrognesse invétérée*, Léontine Pépin, a essayé de trancher la gorge de son amant avec un rasoir. Le malheureux qui a pu se dégager en a été quitte pour une affreuse balafre. Léontine Pépin qui était devenue subitement folle a été conduite à l'hôpital où se trouve déjà la femme Elisa Joachim, cette mégère qui a décapité son mari avec un rasoir. (*Petit Parisien*, 27 août.)

— Dans un *accès alcoolique*, la veuve Perrine Kerboul, âgée de cinquante ans, demeurant rue de Sébastopol, à Brest, s'est ouvert la gorge avec un couteau ; la mort a dû être presque immédiate. (*Petit Parisien*, 27 août.)

— *Délire alcoolique et suicide.* — Un soldat du 115e de ligne, nommé Delaunay, de la classe 1895, qui venait d'avoir une discussion avec un caporal, s'est dans un *accès de délire alcoolique*, précipité d'une fenêtre du deuxième étage dans la cour de la caserne

Ernouf, à Alençon. La mort a été instantanée. Ce malheureux était marié. (*Petit Parisien*, 3 sept.)

— *Ivrognesse suicidée dans un violon.* — Une journalière nommée Feron, âgée de trente-six ans, demeurant 68, rue d'Albanie, au Havre, arrêtée pour *ivresse* place Notre-Dame, s'est pendue, à l'aide de son mouchoir, dans le violon du poste de la rue des Drapiers. Malgré tous les soins qui lui ont été prodigués, cette fille n'a pu être rappelée à la vie.

— *Ivrogne incendiaire.* — Le Parquet de Saint-Brieuc s'est transporté à Pléhedel et a mis en état d'arrestation le nommé Yves Boscher, journalier, âgé de quarante et un ans. Ce triste individu, *ivrogne* et *paresseux*, est inculpé d'*incendie volontaire*, de vols, d'*outrages publics à la pudeur* et attentats sur la personne de ses enfants qu'il forçait à mendier, les rouant de coups quand ils ne lui rapportaient pas d'argent pour boire. Boscher a été écroué à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc. (*Petit Parisien*, 8 sept.).

Les aliénés en liberté.

Egorgé par sa femme. — Un terrible drame s'est déroulé la nuit dernière, à Saint-Pol-sur-Mer, près Dunkerque. Une femme de soixante-huit ans, Elisa Joachim, née Menez, a, d'un coup de rasoir, tranché la gorge de son mari, Antoine Joachim, âgé de soixante-dix ans ; la mort a été instantanée, la tête ne tenait plus que par les vertèbres.

La coupable est allée raconter son crime dans une boulangerie et dans une épicerie voisines. Arrêtée peu après, cette femme a déclaré qu'elle avait tué son mari parce que ce dernier la trompait avec une de ses voisines. Cette allégation est fausse. Très méchante, la femme Joachim, qui était atteinte de la *folie de la persécution*, rendait la vie très dure à son mari ; ce dernier était un brave et courageux ouvrier qui travaillait depuis quarante ans à la filature Dickson. « C'est Dieu qui a voulu que je tue mon mari, a déclaré la mégère. » (*Petit Parisien*, 21 août.)

— *Une folle.* — Une dame de cinquante-cinq ans, appartenant à une honorable famille des environs de Rennes, s'est présentée hier soir devant le commissaire central, lui demandant une carte d'entrée au conseil de guerre, afin, a-t-elle déclaré, « de pouvoir tuer Dreyfus ». Cette femme, qui avait sur elle une somme de 700 francs, a été gardée à la disposition de la justice. Il est inutile de dire qu'elle ne paraît pas jouir de la plénitude de ses facultés. La famille a été avertie. (*Petite Gironde*, 21 août.)

— Au village de la Chabanne, commune d'Anville (Charente), Mme Gaschet, âgée de cinquante et un ans, s'est *suicidée* en se

tirant un coup de fusil sous le menton. *Depuis quelque temps* la pauvre femme donnait des *signes de dérangement cérébral.*

— Le nommé Léandre Gesse, âgé de vingt-quatre ans, marin à la Chaume, s'est pendu à un cormier à l'endroit dit « la Pièce-Franche », commune du Château d'Olonne, en face la demeure de sa fiancée. Ce jeune homme était atteint de la *monomanie du suicide.* (*Petit Parisien*, août.)

— La nommée Marie Montandre, âgée de soixante ans, demeurant à Aubeterre, près Barbezieux, vient de mettre fin à ses jours en se pendant dans sa chambre à coucher. La malheureuse avait, paraît-il, manifesté à plusieurs reprises l'intention de se suicider. (*Petit Parisien*, 12 sept.)

— *Suicide.* — Une malheureuse femme de cinquante et un ans, *qui ne jouissait pas de ses facultés mentales depuis quelque temps.* Marie Ferret, épouse Gaschet, cultivatrice à La Chabagne, commune d'Anville, a mis fin à ses jours en se tirant un coup de fusil sous le menton. (*Petite Gironde*, 15 sept.)

Les épileptiques et les idiots.

Un jeune homme de dix-huit ans, Maurice Cotilleau, demeurant aux Aubiers, près Niort, s'étant rendu à une mare située non loin de la maison paternelle, dans le but de s'y livrer à la pêche, s'y est noyé ; on suppose que le malheureux aura été pris d'une crise d'*épilepsie.* (*Petit Parisien*, 2 sept.)

— *La haine de l'argent.* — Un pauvre idiot d'une quinzaine d'années, Théodore Gueurlinger, demeurant chez son oncle, 4, rue des Tanneries, était affecté depuis quelque temps d'une *manie* d'un genre tout spécial. Il avait acquis, on ne sait pour quelle raison, une haine féroce de l'argent, dont la seule vue le rendait furieux, et plusieurs fois on dut l'empêcher de déchirer les billets de banque qu'il découvrait dans les meubles de son oncle. Plusieurs fois aussi on le surprit jetant à l'égout les pièces de billon qu'il recevait de part et d'autre pour des commissions. Cette lubie vient d'avoir pour les parents de Théodore Gueurlinger une conséquence des plus fâcheuses. Il y a trois jours, l'idiot parvenait à ouvrir une armoire et dérobait les valeurs qu'elle contenait : deux billets de banque de mille francs chacun, un reçu de mille francs du Crédit foncier et une somme d'environ 150 francs en or. Ne trouvant pas le moyen pratique de faire disparaître cet argent abhoré dans le voisinage, l'infirme partit en campagne, cherchant un endroit sûr. Il se rendit d'abord dans la plaine de Gentilly, où il déchira les billets de banque et le reçu du Crédit foncier, dont les fragments furent retrouvés par des passants qui les portèrent au commissa-

riat de police. Puis, rentrant dans Paris, le malheureux, arrivé place Saint-Sulpice, engloutit dans un distributeur automatique les 150 francs en or qui lui restaient.

Un agent, qui le voyait accomplir cette excentricité avec une stupéfaction bien compréhensible, l'arrêta alors et le conduisit malgré ses protestations véhémentes, chez M. Yendt, commissaire de police, où se trouvait déjà son oncle angoissé. Après explications, Théodore Gueurlinger a été envoyé par le magistrat à l'infirmerie spéciale du Dépôt, où il subira un examen médical. Les fragments de billets de banque et l'or jeté dans le distributeur de la place Saint-Sulpice ont été restitués à leur propriétaire. (*Petit Parisien*, 15 sept.)

ENFANTS MALADES : VOLEURS ET INCENDIAIRES.

Voleur précoce. — Ces jours derniers, M. Dagiral, cordonnier à Sainte-Même, près Châteauneuf, constatait la disparition de sa montre, qu'il tenait suspendue au mur, dans son atelier.

Il s'enquit des personnes qui avaient pénétré chez lui et se rappela avoir eu la visite d'un petit bambin de onze ans, Joseph F..., qui était venu faire mettre des clous à ses souliers. Comme l'enfant a déjà une très mauvaise réputation, les soupçons se portèrent immédiatement sur lui, et, en le fouillant, on découvrit la montre cachée dans ses vêtements.

Les parents du petit voleur, de fort braves gens, sont dans la désolation et sont des premiers à demander son internement dans une maison de correction, se jugeant impuissants à le corriger et mettre un frein à ses instincts précoces de dépravation. La gendarmerie de Châteaneuf a ouvert une enquête et dressé procès-verbal. (*Petite Gironde*, 12 août.)

Ce n'est pas à la maison de correction qu'il faudrait envoyer ce petit *malade*, mais dans une *asile-école*, organisé comme les sections d'enfants de Bicêtre, de la Salpêtrière. de Vaucluse, de l'asile de la Roche-sur-Yon. *Tous* les départements devraient avoir des *asil s-écoles* pour les enfants idiots, nerveux, épileptiques et pervers.

— La *Petite Gironde* du 23 août a publié une dépêche d'Angoulême ainsi conçue :

La fillette Madeleine B..., âgée de sept ans, auteur de l'incendie de Saint-Estèphe, a été écrouée à la maison d'arrêt d'Angoulême.

Lors d'une excursion récente en Eure-et-Loir, nous avons eu communication du fait suivant dont on nous a montré l'auteur.

— A Faverolles (Eure-et-Loir) un enfant imbécile, âgé de huit ans, fils d'un père ivrogne et d'une mère débauchée, a mis le feu, en août, à une meule de blé. Quelques mois auparavant, il avait mis le feu chez ses parents. Si, après le premier incendie on avait placé cet enfant dans un asile-école (l'instituteur de la commune n'en peut rien faire), on n'aurait pas eu le second incendie. Avant de prendre cette mesure on attend probablement un troisième sinistre.

Maires et préfets sont aussi coupables les uns que les autres. Il y a aussi des responsabilités plus hautes.

FAITS DIVERS.

Les aliénés en liberté. — M. A..., commandant en retraite, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale; sa femme avait introduit contre lui une instance en divorce. Hier matin, alors que les avoués procédaient à l'inventaire, M. A..., s'est frappé au ventre avec un couteau. Il a été transporté à l'hôpital du Mans. On pense que ses blessures ne sont pas mortelles. (*Petit Parisien.*)

— Le nommé Geneix, de Pons, âgé de vingt-trois ans, a été conduit à la maison d'aliénés de Lafond. Pris d'un accès terrible, il avait tout brisé chez lui. Plusieurs dévoués amis l'ont conduit au chemin de fer; ce malheureux disait qu'il allait voir Dreyfus à Paris. (*Petite Gironde*, 21 août.)

Suicide par injection sous-cutanée. — Un brocanteur, M. Henri Boulé, âgé de quarante-trois ans, demeurant 83, rue de Seine, a mis fin à ses jours, hier soir, d'une façon étrange. Il se trouvait dans un débit de vins situé au n° 81 de la rue de Ménilmontant, quand soudain on le vit se piquer au bras droit avec une seringue dite « seringue de Pravaz » et s'abattre aussitôt lourdement sur le sol.

Le malheureux fut transporté dans une pharmacie voisine, mais tous les soins étaient inutiles, car il ne tarda pas à rendre le dernier soupir. M. le Dr Viciot qui, avec M. Girard, commissaire de police, a procédé aux constatations d'usage, n'a pu déterminer d'une façon précise la nature du poison dont s'est servi le désespéré. Les motifs de ce suicide sont inconnus. M. Girard a fait transporter le cadavre au domicile du défunt. (*Petit Parisien* du 27 juillet).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* (Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour 1898), publiées avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer. — T. XIX de la collection. — Un fort volume in-8° de LXXXVII-234 pages, avec 13 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 7 francs. — Pour nos abonnés : 5 francs. — Bureaux du *Progrès médical.* — Prix de la *Collection complète :* 100 francs.

COULONJOU (E.). — *De l'assistance des buveurs par l'internement dans un asile spécial.* — Volume in-8° de 88 pages. — Toulouse, 1899. — Imprimerie Marquès et Cie.

COLONIE NATIONALE D'ALIÉNÉS (le nouvel asile des portes ouvertes). — *Discours prononcés par le Président de la République Argentine et le Dr Carred.* — Brochure in-8° de 18 pages. — Buenos-Aires, 1899. — Imprenta de J. Peuser.

GRASSET. — *Diagnostic des maladies de la moelle* (Siège des lésions). — Volume in-16 carré de 96 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1899. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

KELLER (Chr.). — *Vara svenska idiotanstalter.* — Brochure in-8° de 32 pages. — Kobenhaven, 1898. — Nyt Tidsskrift for Abnormwaesenet omfattende Aandssvage —, Blinde, — og Vanfre-Sagen.

MOLDENHAWER (J.). — *Johan Ketler og Johannes Moldenhawer.* — Brochure in-8° de 24 pages, avec deux portraits. — Kobenhavon. — Nyt Tidsskrift for Abnormwaesenet.

SANO (F.). — *La statistique des aliénés à Anvers.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Gand, 1898. — Imprimerie Vander Baeghen.

SANO (F.). — *Du régime des aliénés à Anvers.* — Brochure in-8° de 24 pages. — Anvers, 1899. — Imprimerie Buschmann.

TISSIÉ (P.). — *Tics et toux spasmodique guéris par la gymnastique médicale respiratoire.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Bordeaux, 1899. — Imprimerie G. Gounouilhou.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le 28 JUILLET M. H. DURAND n'a plus aucune fonction au* **Progrès Médical.** *Il est remplacé par M. Aimé* ***ROUZAUD*** *qui est chargé exclusivement des* **annonces** *et de la partie administrative.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 1099

Vol. VIII. Novembre 1899. N° 47

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

SYNDROME DE LANDRY PAR LÉSIONS EXCLUSIVES DES CORNES ANTÉRIEURES (MYÉLITE ASCENDANTE ANTÉRIEURE AIGUË);

Par MM. Paul COURMONT et BONNE (de Lyon).

Bien que l'histoire des *paralysies ascendantes aiguës* se fasse plus complète de jour en jour grâce aux observations et aux travaux récents, il n'est pas sans intérêt d'apporter de nouvelles pièces au débat toujours pendant entre les partisans de la poliomyélite et ceux de la polynévrite motrice comme cause plus ou moins exclusive de ces paralysies. Il est aussi un certain nombre de points sur la pathogénie de ces affections, sur leur bactériologie, sur l'étendue et la valeur des lésions constatées par les méthodes histologiques récentes, qui ne peuvent être complétés que par l'étude de cas observés à tous ces points de vue aussi exactement et aussi consciencieusement que possible ; c'est dans ce but que nous publions cette observation, recueillie à la clinique du professeur Bondet, avec des résultats histologiques et bactériologiques aussi complets que le permettent les méthodes actuelles et accompagnée des considérations générales que ce cas nous a suggérées.

I. — Observation clinique.

Observation. — R... Guillaume, cinquante-huit ans, salle Saint-Augustin, n° 26. *Le 7 avril* 1898, le malade est apporté à l'hôpital

complètement paralysé. Il vivait seul et n'était pas sorti de chez lui depuis trois jours lorsque ses voisins le visitèrent et le trouvèrent dans l'état actuel. Il a des troubles de la phonation et s'exprime difficilement, d'une voie faible et voilée. Il peut cependant raconter que sa maladie a commencé le 4 *avril*, brusquement, par des troubles de la motilité des membres inférieurs; ceux-ci d'abord simplement parésiés devinrent bientôt complètement paralysés et le malade ne put quitter son lit; en même temps, il eut des troubles généraux, de la fièvre, de la céphalée, pas de rachialgie. Rapidement les troubles paralytiques gagnèrent les membres supérieurs, puis le larynx; depuis un jour la parole est gênée et très difficile. Pas de troubles subjectifs de la sensibilité.

Nous n'obtenons pas de renseignements sur ses antécédents personnels ou héréditaires; il peut nous dire cependant qu'il n'était pas malade avant l'affection actuelle. Des parents nous ont appris ultérieurement que c'était un homme sobre, rangé, non alcoolique, jouissant d'une excellente santé et auquel on ne connaissait point de tare ni de maladie antérieure.

A son entrée. — Homme d'aspect robuste, grand, bien constitué. Faciès coloré, fébrile, couvert de sueur. Les troubles paralytiques attirent tout d'abord l'attention. Les membres inférieurs sont totalement paralysés, les membres supérieurs également; cette paralysie est flasque, sans contracture. Les muscles du tronc et de la ceinture scapulo-humérale paraissent parésiés. La respiration est rapide (30 respirat. par minute) et difficile. Le diaphragme est nettement parésié, le thorax se dilate mal; il y a du tirage sus-sternal, de la dépression des creux sus-claviculaires à l'inspiration pendant laquelle on ne constate pas de contraction des muscles respirateurs de la ceinture thoracique. La face n'est pas paralysée, les paupières sont mobiles; les lèvres s'agitent quoique faiblement, la langue peut à peine remuer et sortir des arcades dentaires. La parole est très difficile par parésie laryngée et linguale. La déglutition est possible, mais le malade avale souvent de travers.

Inégalité pupillaire; la pupille gauche est plus dilatée. Il est difficile, à cause de la paralysie de juger de l'état de la sensibilité cutanée qui paraît diminuée.

Réflexes patellaires abolis, réflexes plantaires conservés; abolition des réflexes crémastérien et abdominal. Pas d'atrophie des masses musculaires. Pas de troubles vaso-moteurs sauf une congestion très marquée de la face avec sueurs abondantes en ce point.

Troubles de relâchement des sphincters; le malade urine sous lui. On retire à peine de la vessie quelques gouttes d'urine pour la recherche de l'albumine qui est négative. Pas d'œdème des jambes.

Les *facultés intellectuelles* sont intactes; le malade comprend

tout ce qu'on lui dit et s'efforce d'y répondre ; il se rend compte de tout ce qu'on fait autour de lui et le contraste est frappant entre cette lucidité intellectuelle et l'immobilité complète des membres et de la plupart des muscles moteurs.

Température : 39°. Pouls : 120°, rapide, fort et bondissant.

Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons.

Le 8 *avril*, l'état est considérablement aggravé. Persistance de la paralysie flasque généralisée. L'aphonie est complète ; la langue peut encore se mouvoir légèrement ; lorsqu'on interroge le malade il tâche de répondre et on voit ses lèvres s'agiter sans qu'aucun son soit émis. La connaissance est complète ; le malade reconnaît ses parents et essaie de leur parler. La température monte (39°,6 hier soir, 40°2 ce matin) ; la peau est chaude, la figure colorée et couverte de sueurs. Même état des réflexes. Le malade a vomi ce matin. La respiration est de plus en plus difficile. Le pouls est rapide, ample mais dépressible (120 par minute). Pendant la journée l'état continue de s'aggraver, la température monte à 40°,9 et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie, le 10 *avril*. — *Cerveau*. — A l'ouverture de la boîte crânienne on constate un œdème très marqué des espaces méningés ; ventricules cérébraux très dilatés. L'examen extérieur et les coupes ne révèlent rien d'anormal dans le cerveau, le cervelet, la protubérance ni le bulbe.

Moelle. — Les méninges rachidiennes sont distendues par un liquide très clair *qui s'échappe en jet* lorsqu'on incise la dure-mère ; pas de congestion ni de lésion apparente des méninges. Les coupes de la moelle qui est ferme et d'aspect normal *ne révèlent non plus aucune lésion macroscopique*.

Des fragments de moelle, de bulbe, de cerveau, de nerfs périphériques sont recueillis pour l'observation histologique. L'ensemencement du liquide rachidien, de parcelles de substance médullaire et bulbaire à diverses hauteurs est fait avec toutes les précautions nécessaires. L'examen macroscopique des *viscères* n'a révélé aucune altération importante. Rien aux poumons sauf un peu de congestion des bases. Cœur normal. Foie gros légèrement congestionné. Aux reins : pas d'altérations macroscopiques manifestes, pas d'adhérence de la capsule.

II. — Examen et considérations histologiques [1].

Nous avons examiné comparativement par la méthode de Nissl et les méthodes ordinaires les renflements lombaire et cervical de la moelle, la partie inférieure du bulbe rachidien

[1] Fait au laboratoire d'histologie générale.

(noyaux de l'hypoglosse et du vague) et les circonvolutions motrices.

Nerfs. — Notre attention étant spécialement dirigée vers les altérations cellulaires, nous n'avons fait des *nerfs périphériques* qu'une étude restreinte bornée à quelques troncs nerveux : médian et sciatique poplité externe de chaque membre. Ces nerfs examinés au Pal et au Marchi, en coupes longitudinales et transversales ne nous montrèrent aucune fibre dégénérée. D'autre part leur coloration au carmin ne permit de déceler aucune prolifération interstitielle, ni infiltration inflammatoire, ni modification du tissu engainant, ni enfin d'altération des vaisseaux.

Les *circonvolutions motrices* ne nous montrèrent non plus aucune altération des cellules nerveuses, des méninges, ni des vaisseaux.

Moelle. — La *moelle* nous offrit des lésions d'autant plus accusées qu'on les considérait en un point plus inférieur du névraxe : ce que faisait prévoir du reste, l'évolution clinique de l'affection.

Au niveau du *renflement lombaire*, les lésions sont très avancées, particulièrement dans la corne antérieure, et semblables dans les deux moitiés de la moelle. Le Nissl montre de grandes variétés dans l'affinité des cellules pour le bleu de méthylène et l'on pourrait y décrire tous les degrés de piknomorphisme et de chromatophilie s'échelonnant de l'état de fatigue à l'état de repos complet au temps ou Nissl et Benda discutaient sur la signification de ces différents aspects. Nombreuses aussi et variées sont les chromatolyses périnucléaires ou périphériques, diffuses ou limitées en un point du corps cellulaire. Dans certaines cellules les corpuscules se fondent en blocs beaucoup plus volumineux et présentant pour le colorant des degrés d'affinité différents.

A côté de ces lésions, d'une interprétation si délicate et qui varient suivant la technique employée, il en est d'autres plus importantes et dont la signification est beaucoup plus claire : l'*état hyalin*, l'*apparence vitreuse* se retrouvent dans un certain nombre de cellules, coïncidant ou non avec des déformations du corps cellulaire qui prend en certains points l'apparence d'un bloc sans prolongements, au milieu duquel on ne reconnaît que difficilement le noyau.

Des *vacuoles* plus ou moins larges, allongées ou arrondies, vides ou contenant quelques particules colorées, se rencontrent dans un grand nombre de cellules dont le protoplasma a gardé tout autour son aspect ordinaire ou au contraire est devenu hyalin. Quelques cellules en présentent un certain nombre : deux, trois ; elles se retrouvent aussi bien dans les morceaux fixés au Müller que dans ceux qui ont été traités au Nissl : mais dans ce dernier cas elles sont rendues moins frappantes par les déformations concomi-

tantes du corps cellulaire. Nous les retrouverons en parlant du pigment. Quelques-unes de ces vacuoles s'ouvrent à la surface du corps cellulaire et forment ainsi des fentes, des encoches plus ou moins profondes. En aucun point ce processus n'est allé jusqu'à la fragmentation complète du corps cellulaire.

Nous chercherons plus loin à interpréter certaines lésions qu'il nous suffit de mentionner ici : nous avons en vue les déformations du corps cellulaire et de ses prolongements, les déplacements apparents du noyau, les ruptures des prolongements protoplasmiques ou cylindraxile et les modifications dans la répartition du pigment que l'on trouve à l'état normal dans la plupart des grandes cellules de la moelle.

Au niveau du *renflement cervical* les lésions cellulaires sont beaucoup moins accentuées : les cellules les plus altérées présentent une transformation hyaline de leur protoplasma, localisée à un certain point, ou généralisée à tout le corps cellulaire, des vacuoles en petit nombre ou des affinités anormales (diminuées) pour les colorants basiques : carmin, bleu de méthylène, etc. Quant aux altérations que nous croyons devoir rapporter à l'action des réactifs, elles se montrent aussi prononcées qu'au renflement lombaire : cela seul semble indiquer que ces lésions ne sont peut-être pas forcément d'ordre pathologique, et qu'on peut les attribuer à autre chose qu'à une exagération artificielle d'altérations réelles mais invisibles par elles-mêmes.

Bulbe. — Nous n'avons examiné du *bulbe* que la partie inférieure, comprenant les noyaux de l'hypoglosse et du vague, notre malade n'ayant pas présenté pendant sa vie de symptôme net dans le domaine des autres nerfs crâniens.

Le *noyau de l'hypoglosse* est le plus altéré. Un grand nombre d'expérimentateurs ont noté cette prédilection des processus infectieux pour ce nerf cranien. Pareil fait est également consigné dans presque toutes les observations de paralysie ascendante où le bulbe a été examiné. On ne sait à quoi l'attribuer, mais il est permis de remarquer à ce propos que de tous les noyaux bulbaires, celui de l'hypoglosse possède les cellules de beaucoup les plus grandes et les plus richement arborisées, et que par ces seuls caractères ces cellules se rapprochent ainsi le plus de celles des cornes antérieures que tous les processus myélitiques aigus frappent avec prédilection.

Chez notre malade les lésions de l'hypoglosse étaient peu avancées, moins marquées encore que les lésions de la moelle cervicale et consistaient uniquement en l'état hyalin, la coloration diffuse d'un petit nombre de cellules. D'autres étaient vacuolées. Ces quelques lésions avaient à peu près complètement disparu au niveau du tiers supérieur du noyau, particularité rencontrée aussi par plusieurs observateurs (Ballet et Marinesco) qui ont étudié les

lésions secondaires des cellules d'origine de l'hypoglosse après section ou arrachement de ce nerf.

Le *noyau dorsal du pneumogastrique* formé de cellules beaucoup plus petites que celles de l'hypoglosse est encore moins altéré. Les lésions sont en tout cas plus nettes que celles du noyau *ambigu* qui en présente qu'un très petit nombre de cellules mal colorées ou vacuolaires. Quant aux autres groupes cellulaires de la région (noyau grêle, cunéiforme, olives et parolives), leur aspect est absolument normal. On pouvait cependant, parmi les cellules qui sont disséminées sous le plancher en dehors des noyaux, sensitifs des vagues, en trouver quelques-unes légèrement déformées et mal colorées.

Contrairement aux éléments nerveux, les *éléments conjonctifs* (méninges, vaisseaux) ne présentent que des lésions minimes dans toute la hauteur de la moelle et du bulbe. Il n'existe en aucun point de trace de diapédèse autour des cellules nerveuses altérées. Les vaisseaux ne présentent nulle part de lésion de leur tunique interne. On trouve cependant autour de quelques petits vaisseaux et surtout près des méninges des zones d'infiltration limité, mais assez serrée de petites cellules rondes.

Notons enfin que des préparations au Marchi des renflements cervical et lombaire nous montrèrent dans celui-ci surtout, un petit nombre de fibres dégénérées, de petit diamètre en général, disséminées sans ordre dans les régions de la substance blanche, les plus voisines de l'axe gris ; quelques boules de myéline dans les cornes antérieures et le long du trajet intramédullaire des racines antérieures. Le pigment des cellules nerveuses est, dans ces préparations, fortement coloré en brun foncé.

Reins. — Les reins (Müller, gomme, carmin) montrent une prolifération interstitielle avancée, de la néphrite glomérulaire desquamative peu intense et restreinte à un petit nombre de glomérules ; ceux-ci ne présentent pas de lésions de leurs bouquets vasculaires ; les vaisseaux de la substance corticale sont fortement congestionnés. L'épithélium des tubuli contorti est trouble, ses noyaux se colorent peu ou pas. On remarque dans les cavités tubulaires des détritus granuleux fortement colorés par l'urine, ou de véritables cylindres épithéliaux ; catarrhe très léger des tubes droits. Malgré l'incertitude qui s'attache à tout examen histologique d'un organe aussi délicat que le rein quand il est prélevé longtemps après la mort ; on peut conclure de ces lésions à l'existence de deux processus : un processus ancien, primitivement ou secondairement interstitiel ; un processus récent, saisi, pour ainsi dire, en activité et dont on voit les traces dans les lésions inflammatoires des épithéliums sécrétoires. Il est rationnel de l'assimiler au processus qui a causé dans la moelle et le bulbe ces lésions électives des éléments nobles, lésions qui ont entraîné les symptômes paralytiques et la mort du malade.

Considérations histologiques.

Nous avons toujours eu soin de comparer les résultats fournis par la méthode de Nissl (modifiée par Gothard) à ceux que donnent les autres méthodes histologiques, celles surtout qui reposent sur l'emploi d'un fixatenr différent (Muller, carmin, etc.). Si en effet on doit admettre, ainsi qu'on l'a fait remarquer[1], que les réactions doivent rendre visibles en les exagérant les modifications d'ordre pathologique, il n'est pas moins vrai, d'autre part que pour aucun des réactifs usuels, en particulier pour aucun des fixateurs employés en technique nerveuse on ne possède un déterminisme absolument établi de leur mode d'action ; on ne peut faire exactement la part de ce qui relève des réactifs, l'alcool par exemple ou le formol, et de ce qui est attribuable au processus pathologique dans l'ensemble de certaines altérations : telles sont les déformations du corps des cellules, leur degré de rétraction, leurs modifications de structure intime qui l'éloignent du type généralement admis comme indice de l'état sain, type qui n'est lui-même qu'une moyenne. Ainsi que l'un de nous l'a rappelé à propos des ganglions rachidiens[2], l'aspect d'une cellule nerveuse prise dans un ganglion spinal et examinée à l'état frais, avec ou sans coloration au bleu de méthylène, à l'aide des méthodes de Dogiel diffère considérablement de l'aspect de cette même cellule fixée à l'alcool et colorée au bleu de méthylène ou au bleu polychrome. Il en est de même pour les grandes multipolaires de la rétine. Avec les méthodes dites vitales la substance chromatophile se présente sous un aspect chagriné, en grains excessivement fins et réguliers, également répartis et cachant complètement la structure fibrillaire de la substance fondamentale. Après l'action de l'alcool ces éléments ont conflué et forment des blocs plus gros, irréguliers dans leur forme et leur répartition ; corpuscules chromatophyles de Nissl. A l'*état frais* les cellules d'un même ganglion spinal ne présentent entre elles aucune différence dans la structure

[1] Nageotte et Œttlinger. *Presse médicale*, 1898. (A propos des fissures mises en évidence dans le protoplasma des cellules par la fixation au formol.)

[2] Bonne. *Recherches sur les éléments centrifuges des racines postérieures.* (Thèse de Lyon, 1897.)

de leur protoplasma. Après fixation par l'alcool, en particulier, elles présentent au contraire des apparences si variées que Nissl, V. Gehuchten, Marinesco, ont cru devoir les répartir en plusieurs types en se basant uniquement, non sur l'agencement et le nombre des prolongements des cellules, ainsi que Dogiel l'a fait avec raison [1], mais sur l'aspect du protoplasma coloré par le bleu de méthylène. Peut-on dans ce cas affirmer que l'alcool, et d'une manière générale, l'ensemble de la technique employée, n'a fait qu'accentuer des différences invisibles à l'état frais? Et surtout peut-on avancer que cette modification se soit produite dans le même sens et au même degré pour toutes les cellules examinées?

On ne saurait donc trop multiplier les comparaisons et les points de repère pour une méthode aussi incertaine que celle de Nissl, méthode basée sur une réaction (la coagulation par l'alcool) dont les conditions sont mal connues. Ce n'est pas à ce procédé que l'on peut demander de nous faire pénétrer dans l'intimité des altérations que l'on considérait autrefois comme purement dynamiques et que beaucoup considèrent aujourd'hui comme étant le substratum de nombre d'états pathologiques ou fonctionnels. Seules des lésions pour ainsi dire grossières : vacuoles, état hyalin, modifications du noyau, perte de l'affinité ordinaire pour les colorants doivent être considérées comme sûrement pathologiques, surtout lorsqu'il s'agit d'examens faits sur des pièces prises longtemps après la mort. Ces lésions du reste sont toujours visibles, quoiqu'à des degrés très divers, quelle que soit la technique suivie. Il faut donc contrôler l'une par l'autre les différentes méthodes. Dans de récents articles sur les soi-disant lésions nerveuses du tétanos, Paviot[2] montra quelles interprétations erronées on avait faites de l'aspect des cellules colorées au Nissl et faisait remarquer une fois de plus la nécessité de l'emploi des méthodes usuelles pour éclaircir la nature vraie de certaines apparences fournies par la seule méthode de Nissl.

Il est inutile, pour un organe aussi altérable que la moelle, d'employer des fixateurs délicats pour des pièces prises vingt-quatre heures après la mort. L'usage des fixateurs

[1] *Anat. Anz.*, vol. 12.

[2] Courmont, Doyon et Paviot. *Réserves sur la méthode de Nissl.* (*Arch. de Physiologie*, 1898.)

courants tels que le Müller est seul rationnel ; après fixation prolongée par ce liquide, les éléments délicats supportent mieux qu'après l'alcool les vicissitudes des manipulations ultérieures. Ils sont moins rétractés, et surtout, fait banal et qui met en relief l'action désorganisatrice de l'alcool, l'aspect de leur protoplasma est beaucoup plus voisin de l'aspect qu'ils offrent à l'état frais ; un chagriné fin et uniforme remplace les corpuscules chromatophiles qui donnent un aspect si particulier aux cellules fixées par ce réactif, quelle que soit la coloration ultérieurement employée : hématoxylines, picrocarmin, carmin aluné : ce dernier en particulier colore les parties figurées avec une élection presque aussi parfaite que le bleu de méthylène.

Les *modifications de la forme* des cellules sont toujours plus rares et moins accentuées après fixation par les bichromates qu'après action de l'alcool ; dans ce dernier cas les cellules sont souvent plus ratatinées et souvent aussi, si l'action a été trop brusque ou trop prolongée, ont quitté les parois de leur loge névroglique ; leur corps prend des formes anguleuses et se déforme encore par la rupture des prolongements. Si de ces faits on rapproche cette autre particularité : la variété infinie de formes et de dimensions des cellules de la moelle, on voit combien délicate est l'estimation de ces apparences sur lesquelles la technique a une si grande influence.

Décrites d'abord par Œttinger et Marinesco puis par un grand nombre d'auteurs, les *ruptures des prolongements protoplasmiques* produites à des niveaux voisins du corps cellulaire nous paraissent devoir être attribuées surtout à l'action du fixateur (alcool-formol) et ne pas être la représentation exacte d'un processus pathologique, à moins qu'on n'admette que l'alcool, se contentant d'exagérer et de continuer un processus commencé, ne produise la rupture juste au niveau d'une altération protoplasmique quelconque du prolongement.

Certains auteurs (Mongour et Carrière) figurent et donnent comme étant le premier degré de ce processus de rupture des gonflements circonscrits des prolongements, avec disparition, à partir de ce point des corpuscules chromatophiles allongés qui caractérisent les portions proximales de tout dendrite. Or nous n'avons pu trouver de relation constante

entre cette disparition, cet aspect chromatophile généralisé et localisé, et les ruptures des prolongements. Celles-ci par contre, de même que les déformations par ratatinement du corps des cellules sont plus nombreuses dans les pièces qui ont séjourné plus longtemps dans l'alcool, et dans celles surtout dont nous avions à dessein, complété le durcissement en laissant se prolonger plus longtemps que de coutume l'éther du bloc de collodion, ou en immergeant ce dernier, suivant les conseils de certains auteurs dans de l'alcool fort additionné de chloroforme. Notre conviction se base enfin surtout sur la particularité suivante. Quel que soit le nombre des prolongements rompus et les circonstances techniques qui ont empêché ou favorisé cette rupture, elle se produit toujours *au niveau du point où le prolongement pénètre dans le feutrage névroglique qui entoure la cellule.* La rétraction du corps cellulaire agissant dans le sens centripète, il est naturel que le prolongement cède au niveau du point où il est fixé par les fibres névrogliques qui l'entourent et par ses propres ramifications. Une fois libre dans la cavité de la cage névroglique, le corps cellulaire se rétracte et se déforme ; la partie périphérique du prolongement qui est fixée en place continue à affleurer les bords de la cage, juste en face, ou à quelque distance — suivant les hasards des rétractions — du segment central. Du reste un examen attentif de préparations au Golgi nous persuade que des conditions analogues président presque toujours à la production des ruptures artificielles des dendrites ou du cylindre-axe.

Les *déplacements du noyau* tiennent une grande place dans les descriptions que l'on fait actuellement des lésions, pathologiques ou expérimentales, ou même des simples modifications fonctionnelles des cellules nerveuses (Lugaro). Quelquefois ces déplacements paraissent réels ; on ne peut du moins leur attribuer aucune cause évidente. Dans les pièces fixées à l'alcool, il est souvent évident que ces déplacements apparents tiennent avant tout à la rétraction du corps cellulaire sous l'influence d'un fixateur insuffisant. Il est d'abord facile de remarquer que les noyaux les plus excentriques s'observent dans des cellules dont un prolongement — ou plusieurs — a été le siège d'une rupture, cellules qui offrent ainsi plus de prise à l'action de l'alcool, la défor-

mation ne portant pas également sur les parties encore fixées et celles qu'a libérées la rupture du dendrite, le corps cellulaire prend une forme irrégulière, le noyau est ainsi plus ou moins éloigné de la position voisine du centre qu'il occupe ordinairement dans les grandes multipolaires.

On conçoit, d'un autre côté, que par sa situation au centre de la cellule, son contenu plus homogène, sa forme plus régulière, il soit moins accessible que la masse du cytoplasme à l'action déformante de l'alcool. Il constitue ainsi une sorte de point fixe autour duquel se mouleront les parties rétractées et flétries pour ainsi dire du corps cellulaire, de telle sorte qu'il paraît quelquefois faire hernie et sur le point de rompre la membrane d'enveloppe de la cellule. Cette rupture peut d'ailleurs s'observer, nous l'avons notée plusieurs fois dans le renflement lombaire, mais elle coïncidait toujours avec une désorganisation beaucoup plus profonde du protoplasma et du noyau.

Les *amas de pigment jaune brun* qu'on peut observer dans toute cellule des cornes antérieures nous fournissent des termes de comparaison très utiles à l'explication des phénomènes de pseudo-migration du noyau. Comme lui ils représentent des points consistants qui servent de moule aux fluctuations artificielles de la forme du cytoplasme, sur les contours duquel ils forment quelquefois des reliefs nets, comparables à ceux que dessine le noyau dans des circonstances analogues. Ces deux phénomènes dépendent, partiellement au moins, de l'action des réactifs, dans des proportions qu'il serait imprudent de chercher à déterminer ; ce sont des phénomènes mécaniques, dans lesquels le noyau ne prend pas une part plus active que les amas de pigment.

Ce pigment avait été pris à tort comme l'indice d'une dégénérescence lente du protoplasma nerveux. Dans les processus myélitiques ordinaires, ses réactions ne varient jamais. Malgré cette inertie nous le considérons comme un excellent réactif non pas du chimisme mais de la *statique protoplasmique* et des modifications artificielles ou pathologiques de celle-ci. A l'état normal, les grains formant en effet un ou plusieurs amas, plus denses à leur centre, plus clairsemés à la périphérie et siégeant souvent entre les points d'émergence de deux prolongements protoplasmiques, occupant d'autres fois tout le corps cellulaire et allant même jusqu'à

masquer le noyau. Suivant les différentes modifications dont le cytoplasme a été le siège, on voit les grains déformer le contour de la cellule par une saillie plus ou moins accentuée, ou bien se collecter dans une région de densité inférieure a celle de la masse, c'est-à-dire dans une vacuole. Dans tous ces cas, on voit l'amas pigmentaire prendre des bords plus nets que normalement en devenant plus condensé. Cette particularité permet de déceler de simples fissures ou des vacuoles qui sans elles pourraient passer inaperçues ; tout amas pigmentaire à limites nettes et non estompées comme un pointillé d'ombre, témoigne que la portion du protoplasma où il est situé a été le siège d'un remaniement. Ce remaniement peut consister en une simple diminution de densité, en la formation de vacuoles, en rétractions, etc., pour ne parler que des modifications mécaniques.

L'altération peut enfin être beaucoup plus grossière : les grains de pigment, *quoique très clairsemés*, infiltrent tout le corps cellulaire qui est alors profondément désorganisé et ne présente plus sa structure habituelle ; ou bien, par le fait d'une rupture de la membrane d'enveloppe — artificielle ou pathologique — les grains se répandent dans la cavité de la cage névroglique ; la cellule est toujours alors profondément désintégrée.

Toutes ces considérations nous dispensent de chercher, parmi les lésions cellulaires que nous venons de décrire, les critériums qu'on a donnés de la réparabilité des processus pathologiques. Sauf les désintégrations profondes, les lésions évidentes que les méthodes anciennes montrent avec plus de netteté que la méthode de Nissl, les modifications qu'on a décrites comme appartenant à des processus réparables ou irréparables, sont de celles que la technique suivie peut modifier au plus haut point ou même créer de toutes pièces, et que d'autre part les altérations cadavériques inévitables peuvent masquer ou défigurer.

III. — Examen et considérations bactériologiques.

Les recherches bactériologiques dans notre cas ont porté sur le sang pendant la vie et sur le système nerveux après la mort.

a) *Examen du sang* pendant la vie a été absolument négatif. Le sang avait été recueilli, la veille de la mort, dans une veine

du pli du coude avec toutes les précautions d'usage (seringue stérilisée à l'autoclave, etc.). Trois centimètres cubes ensemencés en plusieurs tubes de bouillon et à + 37° n'ont donné aucune culture.

b) *Recherches à l'autopsie.* — Des ensemencements en bouillon furent faits à l'autopsie, avec toutes les précautions ordinaires : 1° avec un fragment de la partie antérieure de la moelle dorsale ; 2° avec un fragment analogue recueilli au bulbe ; 3° avec du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction à travers la dure-mère rachidienne préalablement cautérisée. Les tubes ensemencés avec des fragments de tissu nerveux ont donné des cultures mélangées de cocci, de bacilles indéterminés, et de diplocoques analogues au pneumocoque et restant colorés par le Gram. Au contraire le liquide des méninges rachidiennes donna des *cultures pures de diplocoques analogues à ceux des cultures des centres nerveux.*

Étant donné les causes inévitables de contamination accidentelle dans l'ensemencement du tissu nerveux, réduites au minimum au contraire dans la prise du liquide céphalo-rachidien, nous avons considéré surtout comme significatives les cultures obtenues avec ce dernier ; l'élément microbien fourni par ces cultures se retrouvait d'ailleurs, mais mélangé à d'autres, dans les cultures des centres nerveux. Les caractères de ce microbe furent les suivants :

Cultures faciles à obtenir et à propager en bouillon à + 37°, donnant un trouble uniforme et très accentué, sans voiles ni pellicules. Sur gélose à + 37°, cultures maigres sous forme d'un mince voile grisâtre à peine visible et translucide, analogues à des cultures de streptocoques ; sur gélatine pas de culture visible.

Les caractères morphologiques des cultures en bouillon furent ceux-ci : diplocoques à grains un peu allongés, ressemblant à certaines formes des pneumocoques, et très courtes chaînettes ; ces éléments se colorent facilement et restent colorés par la méthode de Gram ; pas de capsules.

Les inoculations à l'animal ne purent, pour des raisons indépendantes de notre volonté, être faites qu'un mois après l'isolement de ce microbe, c'est-à-dire avec des cultures probablement atténuées.

Ces inoculations furent négatives pour le lapin (2 centimètres cubes dans la veine de l'oreille) et le cobaye (3 centimètres cubes dans le péritoine). Nous pensons que ces insuccès peuvent tenir au vieillissement de nos cultures.

Ce microbe se rapproche par certains de ses caractères du pneumocoque et du méningocoque de Weichselbaum, mais il en diffère absolument par la longue végétabilité des cultures

en bouillon que nous avons pu réensemencer avec succès même au bout de six semaines. C'est surtout au streptocoque pyogène que cet agent ressemble le plus soit par sa morphologie, soit par les caractères de ses cultures sur milieux solides (agar, gélatine).

Nous pensons avoir eu affaire à une forme un peu spéciale de streptocoque et nous croyons que tel est bien l'agent pathogène de la maladie, étant donné sa présence exclusive dans le liquide médullo-rachidien, et associée à d'autres agents (probablement d'infection cadavérique) dans les centres médullo-bulbaires. Il ne nous a été possible de déceler aucun agent microbien par coloration des centres nerveux médullaires après durcissement et inclusion dans la paraffine.

Ces résultats de l'examen bactériologique, décelant un microbe à rapprocher, par certains de ses caractères, du pneumocoque et du méningocoque, et par d'autres du streptocoque pyogène, ces résultats ne sont pas faits pour nous surprendre. On sait que la pathogénie infectieuse de la plupart des myélites ascendantes est aujourd'hui un fait hors de conteste. De plus, dans les observations récentes, bien étudiées, au point de vue bactériologique, c'est à des agents microbiens tels que le pnenmocoque (Roger et Josué[1]), le streptocoque (Œttinger et Marinesco[2], Remlinger[3]), ou même le diplocoque intra-cellulaire (Piccinino[4]) que l'on attribue la genèse des lésions.

Nous n'insistons pas sur ces faits auxquels se joint le nôtre pour prouver une fois de plus la nature infectieuse de la paralysie ascendante, mais de leur groupement nous tenterons de déduire une explication de certain point que la notion générale d'infection des centres médullaires n'élucide qu'imparfaitement. Ce point que l'étiologie ou l'anatomie pathologique n'expliquent pas, c'est la marche régulière de ces paralysies, marche progressive de bas en haut, atteignant successivement et infailliblement tous les centres moteurs échelonnés le long de la colonne médullo-bulbaire.

Sans doute, la propagation de cellule en cellule par simple voisinage tout le long de la colonne grise antérieure est la première explication qui s'offre à l'esprit. Mais il suffit, à

[1] Roger et Josué. *Presse méd.*, 1897.

[2] Œttinger et Marinesco. *Semaine méd.*, 1895.

[3] Remlinger. *Soc. de Biologie*, 1896.

[4] Piccinino. *Ann. di Nevrologia*, fasc. 1.

défaut d'autre argument, de réfléchir qu'au niveau du bulbe les noyaux gris sont plus ou moins séparés les uns des autres sans que cela arrête la propagation, pour voir que l'hypothèse est insuffisante.

On peut songer à une systématisation de l'infection par les vaisseaux de la partie antérieure de la moelle; mais ces vaisseaux n'irriguent pas exclusivement les cornes antérieures, et l'on sait que dans la paralysie infantile, affection où cette pathogénie vasculaire a été mise en avant, les lésions sont précisément diffuses dans bien des cas aux cordons blancs voisins et dites « pseudo-systématiques » (Marie). Tel n'est pas le cas dans notre observation.

Enfin on peut soutenir que l'infection ou l'intoxication généralisée ne frappe la colonne grise antérieure que parce que celle-ci plus sensible, présentant une susceptibilité plus grande, réagit la première et entraîne des troubles mortels.

Mais resterait toujours inexpliqué ce fait mystérieux de la marche progressivement ascendante des lésions.

Sans vouloir rejeter absolument la part de vérité que renferme chacune des théories précédentes, nous voulons proposer l'hypothèse pathogénique suivante. Dans un certain nombre de cas le liquide des méninges rachidiennes a paru spécialement infecté. Tels les cas si intéressants de Chantemesse et Ramond[1]. Dans notre observation le microbe causal était à l'état de pureté dans le liquide méningé, et ce dernier présentait une augmentation de quantité et de tension telle qu'il s'échappa en jet lorsqu'on incisa la dure-mère rachidienne, alors que le cerveau était déjà enlevé.

Il semble d'après ces faits que l'on puisse, dans certains cas du moins, faire jouer un rôle dans la progression des phénomènes paralytiques de bas en haut à l'infection et peut-être à la tension du liquide des méninges rachidiennes. On peut concevoir que cette infection, débutant, pour une cause quelconque, à la partie inférieure de la colonne lombaire, remonte progressivement de bas en haut par la voie ouverte du canal vertébral ; qu'une infection méningée atténuée atteigne ainsi successivement les différents étages de la colonne antérieure motrice, la plus superficielle et la plus sensible parmi les centres médullaires ; et qu'enfin la com-

[1] Chantemesse et Ramond. *Soc. de Biol.*, 23 juillet 1898. *Épidémie de paralysie ascendante d'origine infectieuse.*

pression exercée sur la moelle par la tension du liquide puisse favoriser cet envahissement des cornes antérieures au fur et à mesure que ce liquide produit en quantité exagérée s'accumule de bas en haut le long du canal vertébral.

Une pareille hypothèse est passible d'objections, dont la première est celle du petit nombre de faits dans lesquels on a noté soit une altération, soit une infection des méninges rachidiennes. On peut répondre que dans la grande majorité des cas on n'a relaté ni l'état ni la quantité du liquide céphalo-rachidien et qu'on l'a rarement ensemencé.

Depuis que, grâce à la ponction de Quinche, l'attention a été attirée du côté de l'examen du liquide rachidien, des faits bien suggestifs ont été notés. Tout récemment, Schultze [1] par une ponction lombaire, dans un cas de paralysie infantile, trouva du pneumocoque dans le liquide céphalo-rachidien. Pourquoi n'admettrait-on pas que, dans ce cas, l'agent pathogène a envahi les cornes antérieures par la voie du canal rachidien en infectant d'abord les méninges?

On pourrait ainsi concevoir que, par l'intermédiaire du liquide des méninges rachidiennes, tantôt l'infection se généralise d'emblée en même temps à la plus grande partie de la colonne motrice, et tantôt l'envahit progressivement de bas en haut, donnant dans le premier cas une poliomyélite antérieure plus ou moins généralisée (paralysie infantile... etc...) et, dans le second, une paralysie ascendante. Une telle hypothèse ne peut sans doute s'appliquer qu'au cas de paralysie ascendante par myélite. Mais si l'on considère que, dans un grand nombre de cas où l'examen bactériologique a été fait, le microbe trouvé (pneumocoque, diplocoque à rapprocher de celui de Weichselbaum) est un de ceux que l'on incrimine dans la paralysie infantile (Schultze) ou dans la méningite cérébro-spinale, une telle conception aurait ce résultat intéressant de rapprocher au point de vue pathogénique ces différentes affections des méninges rachidiennes et de la colonne motrice antérieure.

IV. — Considérations générales.

Cette observation nous semble intéressante surtout par la localisation exclusive des lésions aux cellules motrices des

[1] Schultze. *Münch. med. Woch.*, 1898, n° 38.

cornes antérieures de la moelle et des noyaux moteurs bulbaires, sans adjonction d'aucune autre altération du système nerveux, ce qui explique la pureté du type clinique : *myélite ascendante aiguë à forme exclusivement motrice.* On sait en effet que rien n'est plus variable que l'état du système nerveux central ou périphérique dans les maladies donnant lieu au syndrome « paralysie ascendante » ou maladie de Landry. Ce dernier auteur n'ayant pas donné de substratum anatomique à l'affection qu'il décrivait, puisqu'il croyait à l'intégrité du système nerveux dans ces cas, les découvertes ultérieures et les progrès de la méthode anatomo-pathologique ont permis de décrire sous le nom de maladie de Landry ou de paralysie ascendante tous les cas où se réalisait l'ensemble de ce syndrome quelles que soient les lésions constatées, médullaires ou névritiques. A l'heure actuelle, comme l'indiquait le professeur Raymond dans une de ses cliniques[1], l'examen du système nerveux dans les cas de paralysies ascendantes a fourni les résultats suivants.

1° Pas de lésions macroscopiques ni microscopiques. Cette opinion qui était celle de Landry ne s'appuyait jusqu'à ces derniers temps que sur des cas où l'examen par la méthode de Nissl n'avait pas été fait. Une observation de Giraudeau et Levi[2] est venu combler cette lacune.

2° Lésions exclusivement médullaires. La littérature médicale de ces dernières années est fort riche en faits de ce genre. Les lésions signalées sont d'ailleurs fort variables comme siège, comme intensité, comme extension. Souvent les faisceaux blancs de la moelle sont atteints en même temps que les cellules des cornes antérieures ; les altérations des vaisseaux (infiltration des parois, thromboses, hémorrhagies), l'épaississement de la névroglie, la prolifération des cellules épendymaires sont fréquemment notées. On voit que, rarement, une systématisation, une élection des lésions pour les seules cellules motrices des cornes antérieures, se rencontre aussi parfaite que dans notre cas. L'observation de Roger et Josué[3] peut seule en être rapprochée. A part ces deux cas il n'en n'existe pas, croyons-nous, où les lésions des éléments

[1] Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*, 1896.

[2] Giraudeau et Levi. *Revue neurol.*, 15 octobre 1898.

[3] Roger et Josué. *Presse médicale*, 1898.

nobles ne soient accompagnées d'altérations vasculaires d'intensité variable.

3° Lésions des nerfs périphériques, soit seules, soit associées à des lésions médullaires.

Ces lésions ont été mises en évidence, surtout par Eichorst, Déjerine, Pitres et Vaillard, Nauwerk et Barth, etc.

S'appuyant sur ces résultats complexes, diverses théories virent successivement le jour sur la pathogénie de la maladie de Landry. Pour les uns elle ne serait jamais l'expression d'une lésion des centres, mais toujours d'une polynévrite périphérique.

Nauwerk et W. Barth[1] ont soutenu cette opinion en 1889 : « on n'a pas fourni la preuve certaine qu'une affection des centres, de la moelle et du bulbe en particulier, peut donner naissance au tableau d'une paralysie ascendante typique ». J, Ross et S. Bury ont défendu encore plus formellement l'identité de la polynévrite et de la paralysie ascendante aiguë.

Tout récemment encore, Krewer[2] a tenté d'établir, d'après quatre observations cliniques et anatomo-pathologiques que la maladie de Landry « n'est autre chose que le deuxième et troisième stade d'une névrite chronique multiple passée par continuité à la moelle épinière ». La polynévrite chronique serait une condition sina qua non de la paralysie de Landry !

D'autres auteurs se sont au contraire rattachés exclusivement à la pathogénie médullaire.

Pour Senator notamment on ne doit donner le nom de paralysie de Landry qu'aux cas de paralysie extensive exclusivement motrice sans troubles de la sensibilité, ni réaction de dégénérescence, et seulement avec lésions médullaires. C'est une question de définition.

A l'heure actuelle, la pathogénie exclusivement névritique pour tous les cas de paralysie ascendante ne peut plus être légitimement soutenue. Si elle était admissible en 1889, au moment où Nauwerck et Barth faisant remarquer l'invraisemblable diversité des lésions médullaires décrites dans cette affection en concluaient au peu de valeur de ces observations, elle ne saurait actuellement résister aux travaux où

[1] Nauwerk et Barth. *Ziegler's Beitraye zur pathol. anat.*, 1889, Bd. V.

[2] Krewer (Saint-Pétersbourg). *Zeitschrift für Klin. Medicin.*, 1897, p. 115.

sont notées une description minutieuse des altérations des cornes antérieures et une absence complète de lésions de polynévrites. Aussi l'opinion de Krewer nous parait légèrement paradoxale à l'heure actuelle. Les quatre faits qu'il apporte peuvent uniquement démontrer que la paralysie ascendante d'origine médullaire peut se greffer sur une polynévrite antérieure plus ou moins accusée et que le malade meurt avec des lésions étendues à tout son neurone moteur périphérique.

Nous pourrions d'ailleurs critiquer sur bien d'autres points ce mémoire de Krewer. Nous retiendrons simplement ceci : qu'il procède à une généralisation inadmissible basée sur l'étude de quatre observations et fait table rase de toutes celles, publiées avant lui, où l'intégrité des nerfs périphériques a été spécialement notée, avec ou sans altération des cellules médullaires.

Notre observation vient s'ajouter à quelques autres pour montrer que si les faits analogues à ceux de Krewer sont possibles, il arrive aussi que les centres des neurones moteurs périphériques sont primitivement atteint sans aucune lésion du nerf périphérique lui-même.

Faut-il dès lors se rattacher à l'opinion de Sénator et regarder comme un entité morbide les cas de paralysie ascendante aiguë avec symptômes purement moteurs et lésion exclusivement médullaire et lui réserver le nom de paralysie de Landry ? Laissant de côté les cas complexes où des lésions successives ou simultanées des différentes parties du neurone moteur périphérique viennent compliquer le tableau, faut-il distinguer deux formes de paralysie ascendante, l'une névritique, l'autre médullaire, chacune avec ses caractères distinctifs ?

L'une serait caractérisée par des phénomènes sensitifs subjectifs, par la douleur à la pression des muscles et des troncs nerveux, par une évolution plus lente et une guérison plus fréquente.

La forme médullaire pure ne s'accompagnerait jamais de troubles sensitifs, présenterait une marche plus rapide, une extension précoce aux noyaux bulbaires. Notre cas serait un des types les plus purs de cette forme médullo-bulbaire. Bodin[1], dans sa thèse a tenté une catégorisation de ces types

[1] Bodin. *Les paralysies ascendantes.* (Thèse Paris, 1896.)

cliniques. Sans doute une telle division, outre qu'elle aurait l'avantage de classer les faits et de satisfaire l'esprit pourrait avoir quelque importance pratique au point de vue du pronostic.

Cependant il ne faut pas se dissimuler tout ce qu'une pareille classification aurait d'artificiel. Comme le fait remarquer M. Raymond il n'est pas difficile de trouver des transitions insensibles, toutes les transitions possibles entre les types et « on en vient à se demander où sont dans la réalité des choses, ces lignes de démarcation entre la paralysie ascendante aiguë, la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte et la polynévrite motrice ».

« En présence d'un syndrome qui reflète plus ou moins fidèlement les traits de la paralysie de Landry, il est souvent impossible de décider si nous avons ou si nous n'avons pas devant nous des lésions de polynévrite, de poliomyélite ou des lésions spinales quelconques[1]. »

D'ailleurs attacher le nom de maladie de Landry à la forme médullaire pure de paralysie ascendante aurait le grand inconvénient à l'heure actuelle de créer plutôt que d'éviter une confusion, puisque des tableaux cliniques assez différents et des lésions anatomiques multiples ont été décrits sous ce nom qu'il est peut-être un peu tard de vouloir rattacher à autre chose qu'à un *syndrome* clinique.

En tout cas il n'est pas sans intérêt (quitte à les classer plus tard) d'accumuler les observations présentant cet avantage de correspondre, comme la nôtre, à un tableau clinique bien net, sans adjonction de symptômes accessoires, et surtout à des lésions aussi exactement systématisées aux cellules, centres des neurones moteurs périphériques, avec intégrité des nerfs des vaisseaux et du tissu conjonctif.

Si l'on doit distinguer des types pathologiques extrêmes différenciés par leur allure clinique et leur systématisation anatomo-pathologique, nous croyons que c'est à de tels cas qu'il faut se reporter et notre observation nous semble représenter un des types les plus purs de ce que nous appellerions : *myélite antérieure ascendante aiguë* avec lésions exactement localisées aux cellules des neurones moteurs périphériques et avec symptômes uniquement moteurs.

[1] Raymond. *Presse médicale*, 1896, p. 29. *Clinique des maladies du système nerveux*, 1896.

CONCLUSIONS. — 1° Il est des cas de paralysie ascendante à forme motrice pure, dus à des lésions exclusives de la colonne motrice médullo-bulbaire, sans atteinte des vaisseaux ni de la substance blanche ni des nerfs. (*Myélite ascendante antérieure aiguë.*)

2° L'infection du liquide céphalo-rachidien constatée dans certains cas de paralysie ascendante semble pouvoir expliquer, mieux que toute autre hypothèse, la marche ascendante et progressive des lésions, la colonne motrice étant touchée par l'intermédiaire du canal rachidien chemin tout préparé pour la propagation de l'infection. Cette hypothèse, s'appuyant d'autre part sur l'identité des microbes causant ordinairement la paralysie ascendante, la méningite cérébro-spinale et parfois la polyomyélite antérieure (pneumocoque, streptocoque méningocoque), rapproche au point de vue pathogénique ces affections de la moelle et des méninges.

CLINIQUE MENTALE.

LES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES VERBALES DANS L'ALCOOLISME;

Par le Dr P. COLOLIAN,
Ancien interne des Asiles de la Seine.

Les multiples hallucinations des sensibilités spéciales ont été étudiées depuis fort longtemps par les aliénistes français et étrangers. Mais ce n'est que récemment qu'un trouble hallucinatoire spécial, dénommé aujourd'hui hallucination psycho-motrice, a attiré l'attention des psychiâtres. Il existe des malades de toutes catégories, qui prétendent avoir une voix « sourde », sans timbre ni son, intérieurement, une voix qui leur cause et se fait comprendre.

C'est Baillarger[1] qui différencia ce groupe d'hallucinations

[1] Baillarger. *Des hallucinations*, 1846. — *Physiologie des hallucinations dans ses recherches sur les maladies mentales.*

sous le nom d'hallucinations psychiques. Après avoir exposé la façon dont s'expriment les malades, il donne cette définition : « Ce sont des perceptions purement intellectuelles, ayant leur point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et qui sont souvent assimilées à tort par les malades aux perceptions sensorielles. »

Legrand du Saulle avait aussi remarqué que certains malades disent entendre « des idées, des voix secrètes, intérieures, sans langage parlé ». Maudsley le premier nomma ce trouble « hallucination motrice ».

Avant ces auteurs d'autres avaient observé ces faits sans leur donner d'importance. Certains auteurs mystiques, parlant de ces voix, disaient : « les unes sont intellectuelles et se font dans l'intérieur de l'âme, les autres corporelles. » Leuret rapporte le cas du frère Gilles et du roi saint Louis qui « se parlaient sans aucun bruit de parole », et celui de Mme Guyon avec le père Lacombe, son confesseur, qui se comprenaient sans parler, de sorte que peu à peu elle se trouva réduite à « ne lui parler qu'en silence ». De même Calmeil a observé quelques hallucinés qui se persuadent que les voix partent de leur poitrine, de leur ventre, d'un organe essentiel à la vie.

Parmi les auteurs actuels il faut citer le nom de M. Séglas[1] qui a bien étudié la question en 1888, et formé trois groupes d'hallucinations psycho-motrices verbales pures : 1° hallucinations verbales motrices pures ; 2° des hallucinations verbales motrices combinées à des auditives verbales ; 3° de simples représentations mentales motrices associées ou non.

MM. Ballet[2], Ritti[3], Séglas et Londe[4], Roubinovitch[5], Janet[6], Pieraccini[7], ont rapporté des cas d'hallucinations

[1] Séglas. *Progrès médical*, 1888, nos 33 et 34, et Congrès de méd. mentale de Nancy, 1895.

[2] G. Ballet. *Semaine médicale* (Leçon à l'hôpital Saint-Antoine), 1891.

[3] Ritti. Stigmates psychiques de dégénérescence (*Annales médico-psycho.*, 1892).

[4] Séglas et Londe. Hallucinations verbales motrices dans la mélancolie (*Archives de neurologie*, 1892, mars et mai).

[5] Roubinovitch. Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices (*Annales médico-psychol.*, 1893, p. 100).

[6] Janet. *Revue philosophique*, mars, avril 1892.

[7] Pieraccini. *Accès de mutisme*, 1893.

psychomotrices verbales. M. le professeur Joffroy[1], dès sa première leçon d'ouverture à la chaire de pathologie mentale aborda ce sujet ; depuis, il y est revenu à plusieurs reprises.

M. Magnan[2] qui, dans ses leçons à Sainte-Anne parla plusieurs fois des hallucinations motrices verbales surtout chez les délirants chroniques, écrit de nouveau dans son dernier traité : « A côté de ces modalités de l'hallucination de l'ouïe, prennent place des troubles spéciaux, moins sensoriels que psycho-moteurs, les *hallucinations psychiques* ou *motrices verbales ;* des voix intérieures parlent silencieusement dans l'estomac, dans la gorge ; ce sont des voix qui ne sont pas des voix, qui ne résonnent pas aux oreilles. Ces faits s'expliquent par la propagation au centre moteur du langage de l'excitation du centre auditif cortical. » Signalons encore la thèse de Marson[3] sur le même sujet.

Après l'étude d'ensemble des hallucinations psycho-motrices verbales, les auteurs ont été amenés à les étudier dans les différentes formes de vésanies, au hasard de la clinique.

Sont-elles d'abord compatibles avec la raison ? Certes oui. L'hallucination à elle seule, comme phénomène transitoire, ne suffit pas à provoquer du délire ; les cas sont nombreux d'individus ayant des hallucinations de l'ouïe, qui se rendent parfaitement compte de leur état et ne délirent point. Brierre de Boismont[4], pour revenir aux hallucinations psychomotrices verbales, cite le cas d'une femme de quarante ans, saine d'esprit, qui « depuis cinq ans entend des voix qui tantôt résonnent fortement aux oreilles, tantôt sont intérieures et silencieuses ».

M. Ballet[5] rapporte une observation qui lui fut communiquée par Charcot, d'un homme de quarante-cinq ans, non aliéné, ayant depuis douze ans des voix intérieures et extérieures. Au moment où la voix intérieure parle, malgré le malade sa langue se meut.

[1] Joffroy. *Progrès médical*, 1893, p. 413. — Hallucinations unilatérales (*Arch. de neurologie*, 1896).

[2] Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1897, p. 17.

[3] Marson. *Contribution à l'étude des hallucinations verbales psychomotrices* (Thèse de Paris, 1897).

[4] Brierre de Boismont. *Hallucinations*, p. 578.

[5] Ballet. *Le langage intérieur*, 1886, p. 64.

MM. Séglas et Londe[1] ont publié des observations de mélancoliques atteints d'hallucinations psycho-motrices verbales.

On a observé des cas semblables dans *la manie*. Baillarger a eu le cas d'un maniaque en convalescence, qui durant quinze jours avait une voix intérieure épigastrique. Mairet[2] a rapporté un autre cas. Janet cite un excité demi-maniaque qui prétendait communiquer à distance avec certaines personnes.

Les hallucinations psycho-motrices verbales existent et sont fréquentes dans le délire chronique (Magnan), dans les délires de persécution (Legrand du Saulle, Joffroy).

M. Sérieux[3] a rapporté deux cas de paralytiques généraux ayant des hallucinations motrices verbales.

Dans les délires toxiques, surtout dans l'alcoolisme, les cas d'hallucinations psycho-motrices verbales sont très rares. M. Vallon[4], qui en rapporte deux exemples, les avoue exceptionnels. D'ailleurs, l'un des malades de M. Vallon est sujet à critique, M. Vallon lui-même avoue que c'est un cas douteux.

Nous avons nous-même rapporté un cas d'alcoolique ayant eu des hallucinations psycho-motrices verbales, dans notre thèse[5] inaugurale.

Nous sommes heureux d'y ajouter ici quatre observations d'alcooliques, ayant eu au moment de leur délire, avec des hallucinations multiples de l'ouïe et de la vue, des hallucinations psycho-motrices verbales. Les trois malades ont été étudiés dans le service de notre maître, M. Magnan, à l'admission de Sainte-Anne. On sait combien sont nombreux les alcooliques qui y entrent chaque jour. Pourtant, en l'espace d'une année, nous n'avons pu relever que trois cas.

Observation I. — *Dégénérescence mentale et hérédité : grand'mère aliénée. — Début des habitudes alcooliques à vingt-trois ans. — Signes d'alcoolisme chronique à trente-cinq ans. — Hallucinations de l'ouïe, de la vue et psycho-motrices verbales en* 1896.

[1] Séglas et Londe. *Loc. cit.*

[2] Mairet. *Montpellier médical*, 8 novembre 1875.

[3] Sérieux. Hallucination psycho-motrice chez une paralytique générale (*Arch. de neurologie*, mai 1894). — *Gaz. hebdomad.*, 1898, n° 49.

[4] Vallor. *Annales médico-psychol.*, 1895, p. 97.

[5] Cololian. *Les alcooliques persécutés* (Thèse de Paris, 1898, p. 56).

Mme B..., trente-six ans. — Grand'mère maternelle aliénée; est dans un asile en province. Père, alcoolique invétéré, coléreux et batailleur, est mort tuberculeux. Sa mère, une brave femme, vit et se porte bien ; elle s'est mariée deux fois et a eu treize enfants, dix avec son premier mari, trois avec le second. Notre malade est née du second lit. Nous n'avons pas de renseignements sur les enfants du premier lit; du second, deux sœurs sont mortes, l'une bacillaire, à vingt-sept ans; l'autre d'une méningite, très probablement tuberculeuse.

Quant à notre malade, elle n'a eu aucune maladie grave dans son enfance. A été réglée à quinze ans et depuis l'est toujours bien.

C'était une fille d'une intelligence moyenne, mais travailleuse, allant régulièrement à l'école, aimant beaucoup l'étude. D'une nature plutôt triste, un peu misanthrope, recherchait la solitude, les livres tristes; dans son entourage, on la trouvait trop sérieuse pour son âge.

A vingt-trois ans, prise d'ennui, elle cherche une distraction, fait la connaissance d'un employé de commerce, alcoolique, avec lequel elle vit maritalement. C'est lui qui la pousse à prendre des boissons alcooliques, pour la distraire. Elle y prend goût et retourne souvent à sa consolation. Elle continue ainsi journellement à s'intoxiquer, soit avec du cognac, soit avec des apéritifs.

En 1896, elle a perdu tout appétit; double alors la dose des apéritifs. La nuit, elle avait des cauchemars pénibles; le matin, des pituites jaune verdâtre; ses mains tremblaient. C'est à cette époque qu'elle a des troubles hallucinatoires.

Elle a eu d'abord des hallucinations de l'ouïe, entendait distinctement par ses deux oreilles une ou plusieurs voix d'hommes, de femmes qui lui faisaient des reproches : « Tu fais mal ton ménage, tu ne balayes pas bien. » Ces voix avaient des réflexions sur tout ce qu'elle faisait.

Dans la soirée, à la tombée de la nuit, elle voyait des fantômes autour d'elle, des têtes grimaçantes. Mais les hallucinations de la vue ne prédominaient pas, elles étaient fugaces et peu nombreuses.

Hallucinations psycho-motrices verbales. — Les voix des oreilles lui posaient aussi des questions, et, elle s'aperçut un jour qu'une autre voix, non articulée celle-là, sans aucun timbre, qu'elle entendait néanmoins, répondait aux questions posées par les voix des oreilles. Ainsi s'établissait en elle un dialogue singulier de la voix intérieure aux voix externes.

Les voix externes disaient : « — Tu n'as pas payé tes notes, tu as des dettes partout. » — « Ce n'est pas vrai, répondait la voix intérieure, je n'ai pas de dettes, j'ai tout payé. »

La malade s'étonnait que la voix intérieure parlât en son nom,

répondant comme pour elle; mais souvent cette voix parlait aussi au nom d'un tiers : « Non, affirmait-elle, elle est une bonne personne, vous avez tort, vous. »

Quelquefois la voix intérieure et les voix des oreilles ne tombaient pas d'accord: la malade, affolée, assistait alors à des discussions, les voix s'entrechoquaient; celles des oreilles criant tant qu'elles pouvaient, la voix intérieure ne parvenant pas à se faire entendre.

Mme B... assistait, muette spectatrice, à cette bataille hallucinatoire, incapable de bouger. Elle crut comprendre plus tard que la voix intérieure était sa voix intime, causant, disputant malgré elle. Elle parlait donc automatiquement; quand les voix des oreilles l'accusaient, la voix intérieure répondait sans son assentiment : « Non, je n'ai pas fait ça. »

Elle ne pouvait désigner d'où venait cette voix, où elle se faisait entendre; c'était parfois à l'estomac qu'elle sentait la réponse. « Je réponds par l'estomac, disait-elle, tandis que j'entends par les oreilles les questions et les injures que l'on m'adresse. » Elle ressentait au même moment une contraction épigastrique, mais la langue ne remuait pas.

Elle était hallucinée déjà depuis plusieurs jours quand le 7 mai 1896 les voix des oreilles lui prédisent un grand malheur : elle allait devenir folle. Désolée, elle se sauve, les voix la poursuivent, « Jette-toi par la fenêtre, lui crie-t-on dans les oreilles », et c'est ce qu'elle fait.

Relevée dans la rue dans un état pitoyable, on la transporte à l'hôpital Beaujon où l'on constate une fracture du bassin et plusieurs plaies sur la tête et sur le corps. Elle s'était précipitée d'un 3e étage.

A l'hôpital les hallucinations continuent quelques jours, puis diminuent grâce au régime, et cessent finalement. Elle reste deux mois à l'hôpital. En sortant, elle n'avait aucune hallucination, mais aussitôt sortie, elle recommence à boire.

Trois semaines après sa sortie les hallucinations, les cauchemars, les pituites, le tremblement des mains réapparaissent avec une légère variante. Ainsi la zooptie est plus caractéristique cette fois, la malade voit des figures dans des lunes, elle a des visions de chiens, de grenouilles, de chats, de souris. Les voix des oreilles sont moins nombreuses. Elles sont au nombre de trois, dont une d'homme, une bonne celle-là qui la protège contre les deux autres : des voix de femmes. La voix intérieure n'a pas changé de caractère.

Ces hallucinations ont des alternatives d'intensité et d'apaisement suivant la quantité de boissons alcooliques ingérées.

Les hallucinations de l'ouïe lui suggèrent l'idée du suicide : « Tue-toi, jette-toi à l'eau », entend-elle constamment. Elle va

trouver le commissaire de police pour mettre fin à cette pénible « poursuite », à cette « triste comédie ». Et elle est envoyée à l'infirmerie du Dépôt, puis à Sainte-Anne, de là à Villejuif où elle entre le 21 novembre 1896.

C'est une femme de petite taille, brune, elle pèse 50 kilogrammes. Les traits sont assez réguliers, les lobules des oreilles sont adhérents, les dents en mauvais état.

A des hallucinations de l'ouïe, quoique bien moins depuis qu'elle se trouve à l'asile de Villejuif. Les hallucinations psycho-motrices verbales ont cessé depuis son arrestation.

La première nuit, elle a très mal dormi, a eu des mauvais rêves, on la précipitait dans un puits.

Tremblement des mains.

L'examen des poumons ne donne rien de particulier. La pointe du cœur bat dans le 6e espace intercostal et un peu en dehors. La radiale bat régulièrement. Rien au foie. — Pas d'albumine ni sucre dans les urines.

Le lendemain et les jours suivants les hallucinations disparaissent, le sommeil revient, l'appétit est meilleur, les mains tremblent moins.

Quinze jours après, tout accident alcoolique a disparu. Mais la malade reste triste, déprimée, elle redevient ce qu'elle était avant ses excès alcooliques.

Réflexions. — Mme B... sans aucun doute est une prédisposée. Une lourde hérédité pèse sur elle; sa grand'mère, une aliénée, son père un alcoolique auraient dû lui servir de leçon et la mettre en garde contre les boissons alcooliques. Poussée par la dégénérescence qui lui enlève toute résistance sérieuse, elle a commencé à boire. Chez elle la dégénérescence prédomine, l'alcool a fait le reste.

Un des points intéressants de ce cas, c'est que l'éréthisme du centre cortical moteur verbal produit chez la malade non seulement la représentation motrice, mais aussi une sorte d'articulation réelle qui lui fait croire que la voix intérieure est la sienne, et qu'elle parle automatiquement.

Observation II (Service de M. le Dr Magnan). — *Dégénérescence mentale; grand-père et père alcooliques. — Habitudes alcooliques depuis longtemps. — Troubles hallucinatoires nocturnes et diurnes vers la fin de* 1896; *délire alcoolique avec hallucinations multiples et pénibles quelques jours avant son entrée; hallucination psychomotrice verbale.*

M..., facteur à Paris, trente-six ans.

Père alcoolique, mort; s'enivrait souvent. Mère morte: pas de renseignements. Deux frères et trois sœurs bien portants. Une sœur morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave, mais chétif: a toujours été un peu bizarre; peu intelligent. Il vivait seul depuis cinq ans. Prenait du rhum le matin avant le déjeuner et parfois de l'absinthe; du vin en mangeant. Avait des cauchemars depuis quatre à cinq mois, des pituites, des crampes dans les jambes.

Depuis le mois de février 1897, il avait des hallucinations de l'ouïe; on lui disait des gros mots, des insultes, il les entendait des deux oreilles. Souvent, les voix étaient multiples, c'étaient celles de toute une foule; d'autres fois, c'était une conversation entre une voix et lui; même il entendait la voix et il lui répondait, elle lui ordonnait de dire « oui, non », de faire tel ou tel acte. Il avait depuis à peu près un mois des hallucinations psycho-motrices; une voix non articulée, mais bien comprise lui parlait dans l'estomac. Cette voix n'avait pas de timbre, elle était pourtant nette comme expression : « Tu vois comme l'on s'amuse bien..... vous aurez 20 francs, il faut jouer aux courses et vous gagnerez. Il répondait à voix basse à cette voix intérieure : « Je ne veux pas jouer, je n'aime pas tricher »; la voix intérieure répliquait : « Il n'y a pas de tricherie dans le jeu ; c'est au plus malin. » La voix de l'estomac était beaucoup plus désagréable que la voix des oreilles.

Au moment où la voix psycho-motrice se faisait entendre, la langue du malade remuait et devenait sèche ; il ressentait en même temps une sorte d'angoisse dans la poitrine.

Hallucinations de la vue. — Il croyait voir des hommes, des assassins derrière la porte.

Idées de persécution. — Dans la rue, les passants faisaient des signes pour lui nuire, pour le taquiner; on le regardait « en dessous », « sa sœur voulait l'empoisonner ». Il avait aussi des idées de jalousie morbide, sa maîtresse le trompait avec des individus inconnus.

Pendant un mois il traîna avec des cauchemars pénibles des hallucinations multiples, puis son entourage le trouvant très malade, on le fit interner. Il est arrivé à l'Asile clinique le 17 mars 1897, nous l'examinons le lendemain. C'est un homme de taille moyenne, bien musclé; pas de signes apparents de dégénérescence si ce n'est l'adhérence des lobules des oreilles, et la voûte ogivale du palais.

Il tremble des deux mains, et cause l'air inquiet, tournant la tête dans tous les sens, prêtant l'oreille aux moindres bruits. Il s'arrête parfois dans sa conversation et écoute ses voix hallucinatoires. Il a encore, en effet, des hallucinations de l'ouïe, il entend toujours la voix intérieure lui donner de mauvais conseils : « Tape donc, vaurien; ne mange pas, je te le défends. »

Le foie est un peu gros, il déborde de trois travers de doigts les fausses côtes; il est sensible à la pression. L'estomac clapote au-dessous de l'ombilic. Le cœur est un peu gros. Rien dans les poumons; urines normales. Pas de fièvre.

Le lendemain de son arrivée il va déjà bien mieux; il a bien dormi ; les voix ne le tourmentent plus autant. Les jours suivants tout trouble hallucinatoire a disparu, M... est revenu à l'état normal et nous promet de ne plus boire.

Réflexions. — Le cas est simple, ce fils et petit-fils d'alcoolique devient alcoolique à son tour ; il boit, son sommeil se trouble, l'appétit se perd, et un jour il entend des voix par ses oreilles qui l'insultent, l'injurient. Puis ce sont des voix non articulées, non entendues, mais bien comprises qui lui parlent, et sa langue remue au moment où elles parlent. C'est bien une hallucination motrice verbale apparue au moment du délire alcoolique, et qui disparait avec la suppression du poison.

Observation III (Service de M. Magnan, asile clinique). — *Dégénérescence mentale et lourde hérédité : grand-père et tante aliénés. — Habitude alcoolique depuis peu de temps, mais abus depuis le commencement de* 1897. — *Délire alcoolique quelque temps après, avec hallucinations auditives et psycho-motrices. — Idées de persécution. — Idées mystiques.*

T..., employé de commerce, trente-six ans. — Grand-père paternel mort aliéné à Bicêtre. Tante paternelle morte à Sainte-Anne. Père presque en démence, alcoolique, boit du rhum tous les matins à jeun. Mère morte d'une affection cérébrale, encéphalite (?) suivant les médecins qui l'ont soignée; elle a succombé quelques jours avant l'internement de notre malade.

T... est venu au monde à terme. Il n'a pas eu de maladie grave étant enfant. A été à l'école pendant sept ans. C'était un jeune homme silencieux, concentré, causant peu avec ses camarades ; assez studieux pourtant et un peu sentimental. Il a pu acquérir une instruction assez suffisante pour lui permettre de gagner sa vie ; il gagnait de 4 à 5 francs par jour.

Quoique aimant vivre à l'écart, à la façon d'un misanthrope, il s'intéressait beaucoup aux questions politiques, les discutait avec ardeur, se mettant en colère facilement, et tremblant alors de tout son corps. Il était pourtant aimé de ses camarades pour la douceur de son caractère.

Il s'occupait aussi de littérature, lisait beaucoup de romans, et aimait bien la musique.

On voit que T... chargé par une lourde hérédité, n'avait pas la bizarrerie des dégénérés, en général, et conservait l'équilibre mental. Il n'était point mystique, nous notons ce fait sur lequel nous reviendrons au cours de cette observation.

Depuis 1887, T... prenait chaque matin un verre de rhum. Mais depuis le commencement de 1897, voyant sa mère souffrante et son père incapable de travailler, T... se désolait ; pour se donner un peu d'énergie et de force morale, il allait, où vont en général les pauvres dégénérés : au cabaret. Plus il buvait, plus il sentait le besoin d'un réconfortant psychique ; et dès lors, augmentait peu à peu la dose des boissons alcooliques. Dans son entourage on remarquait que T... changeait beaucoup : lui, si ponctuel à son travail, il devenait irrégulier. On voyait que souvent il semblait prêter l'oreille à des voix imaginaires. Toujours est-il qu'il dormait mal, avait des cauchemars, et perdait de plus en plus l'appétit. Toutefois il continuait à boire; les camarades pour le consoler, le marchand de vins pour le fortifier l'excitent tour à tour.

Au commencement de mars 1897, il ne peut plus travailler et cesse toute occupation. Vers le 18 mars, il est pris d'hallucinations multiples, surtout de l'ouïe, et envoyé au dépôt de la préfecture le 19. Il entre dans le service le 21 au soir, nous le voyons le lendemain matin.

C'est un homme petit, maigre, brun; légère asymétrie faciale. Il parle d'une voix basse, l'air inquiet.

Il a plusieurs sortes d'hallucinations :

Hallucinations de la vue. — Il voit autour de lui des animaux, des chiens, mais ce sont surtout des gens, ses parents, son propriétaire, ses cousines qui passent et repassent devant lui. Il les voit derrière les vitres, à sa porte. La nuit, dans ses cauchemars, ils apparaissent toujours sur la scène hallucinatoire. Les hallucinations de la vue ont été tardives, elles sont apparues deux jours avant son arrivée dans le service et ont disparu graduellement en l'espace de trois jours.

Hallucinations de l'ouïe. — Elles jouent un rôle secondaire dans le délire de notre malade. Elles ont dû apparaître, d'après nos renseignements, trois ou quatre mois avant l'éclosion du délire alcoolique. Elles ne présentent aucune particularité, ce sont, comme chez tous les délirants alcooliques, des voix multiples, connues et inconnues, qui lui reprochent ses habitudes alcooliques, le traitent de « canaille », de « propre à rien », etc.

Hallucinations psycho-motrices. — Elles jouent le plus grand rôle chez T... Voici comment il les décrit lui-même : « J'entends comme un souffle, un *fluide* dans la poitrine, la gorge, dans la tête, et pourtant je ne l'entends pas par les oreilles, ce n'est pas une voix articulée, c'est un fluide divin, et je comprends, c'est

même drôle. » Plus tard, il écrivait : « Une voix, que je n'entendais pas par les oreilles, mais qui semblait me venir de la gorge, m'encourageait. »

C'est bien là une hallucination psycho-motrice verbale. T... avait remarqué aussi que souvent, quand il entendait « la voix divine », « le fluide », sa langue remuait dans sa bouche. Cette voix était de nature mystique, elle prononçait des mots brefs, des paroles d'encouragement : « Courage, confiance, espérance, charité. » Elle lui dictait parfois tous ses actes; ainsi quand il ne mangeait pas, elle lui ordonnait de manger ; s'il marchait trop longtemps, elle lui disait de s'asseoir, et ce qui « est plus drôle, écrivait-il, elle m'appelait de mon prénom, Alfred ».

Plusieurs jours après son entrée, alors que les autres hallucinations avaient disparu, la voix divine se faisait encore entendre dans la poitrine ou dans la gorge. Elle lui disait de prononcer certains mots qu'il répétait tout bas, mots qui, selon elle, devaient lui donner de la vigueur pour résister. Ces mots, les voici : « Mur, vent, eau, Dieu, ciel, arbre, nuage, barrière, cheminée, plafond, etc. » C'étaient surtout les mots vent, terre et barrière, qui devaient avoir le plus grand effet.

La nature de cette voix provoquait une sorte de mysticisme chez T... qui n'était point pieux auparavant. Il parlait de Dieu, de la Sainte Vierge, de la protection du ciel, de la confiance qu'il avait en Dieu, et priait fort souvent.

Idées de persécution. — Il a eu en outre pendant le cours de son délire, des idées de persécution. Il croyait que ceux qui l'entouraient lui voulaient du mal, désiraient lui jouer de mauvais tours, le tuer même. On allait également tuer son père pour s'emparer de sa boutique.

L'examen physique ne nous révèle rien de particulier dans les organes. Les urines ne contiennent rien d'anormal. — Les mains et les muscles de la face tremblent beaucoup.

Deux jours après son entrée il va déjà mieux, quoiqu'il ait encore des cauchemars la nuit, des hallucinations de l'ouïe et qu'il entende encore sa voix intérieure.

Le 26 mars, il est plus calme, il dort bien, il a toujours quelques hallucinations auditives et psycho-motrices. — Le 30, il va bien mieux et se dit guéri.

Le 5 avril il est bien en effet moralement et physiquement, il se rend parfaitement compte qu'il a eu du délire alcoolique et nous promet de ne plus boire. — Envoyé en convalescence à Ville-Évrard le 17 mai.

Réflexions. — Ces hallucinations psycho-motrices sont fréquentes chez les dégénérés atteints de folie mystique. Ce fait a été observé plusieurs fois. Comme le malade de M. Val-

lon [1], notre malade a eu des idées mystiques. Lui, qui n'était pas pieux auparavant, il prie Dieu et tous les saints dans son délire et durant son intoxication alcoolique.

Est-ce le délire mystique qui a provoqué l'hallucination psycho-motrice verbale, c'est possible. Cependant nous faisons remarquer que notre malade avait des voix intérieures, quand les préoccupations religieuses ont apparu. Nous signalons simplement la coïncidence.

Observation IV (Service de M. le Dr Magnan). — *Dégénérescence mentale et hérédité : frère aliéné. — Alcoolisme chronique. — Idées de jalousie et de persécution. — Délire alcoolique avec hallucinations psycho-motrices verbales, hallucinations de l'ouïe, de la vue : troubles de la sensibilité générale.*

B... Pierre, soixante ans, cultivateur.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique fieffé, mort en prison: arrêté pour vol. Mère morte également, pas de renseignements sur la cause de sa mort; elle était peu intelligente. Quatre frères, dont un mort en bas âge, les deux autres se portent bien, mais le plus jeune est un être bizarre, extravagant; le quatrième est interné depuis plusieurs années dans un asile d'aliénés en province. Une sœur morte, nous ne savons de quelle maladie.

Antécédents personnels. — B... Pierre, a été à l'école de six à douze ans; était d'un caractère calme, un peu apathique, et même sombre parfois, il ne s'amusait pas avec les camarades de son âge. Néanmoins il a acquis un peu d'instruction. En sortant de l'école, il a été d'abord scieur de bois, puis agriculteur.

B... n'a eu aucune maladie dans l'enfance ni la jeunesse. Il s'est marié avant son service militaire. Était-il heureux en ménage. « oh ! non » répond-il, ils se disputaient à chaque instant, et se sont même quittés à un moment donné. Cette séparation fut pour B... le point de départ de l'alcoolisme. Fils d'alcoolique, frère d'aliéné, comme tous les autres dégénérés, il chercha dans l'alcool la consolation des mésaventures matrimoniales. Il but. Mais ne pouvant supporter sa tristesse solitaire et la vie sans disputes, il revint à sa femme et aux querelles.

Ce ménage en désaccord continuel a mis au monde huit enfants. Tous, à l'âge de raison ont quitté leurs parents pour aller vivre ailleurs, de sorte que nous n'avons pas de renseignements sur eux. B... savait, ou croyait savoir que sa femme le trompait. Les premiers temps il n'en était pas jaloux. En 1875 il perd deux enfants, l'un de vingt, l'autre de dix-sept ans. Cela le chagrine

[1] Ch. Vallon. *Ann. médico-psycho.*, 1895, p. 91.

beaucoup. C'est encore le marchand de vins qui soulage cette douleur. B... devient désormais un alcoolique chronique. Il boit chaque jour un verre de rhum avant d'aller aux champs, un apéritif avant le déjeuner, et autant avant le dîner, et en outre un litre de vin.

Peu à peu il double la dose des petits verres. Puis viennent les cauchemars, les pituites, le pyrosis, des vomissements, des crampes dans les jambes et le tremblement des mains. Quelques mois après ce début, B... avait des troubles psychiques, de la jalousie morbide, des idées de persécution, plus tard les hallucinations de l'ouïe, de la vue et les hallucinations psycho-motrices verbales apparaissent.

Idées de jalousie. — Lui, si indifférent de l'honneur de son nom, après trente ans de ménage, devient jaloux de sa femme toute ridée, comme un jeune Othello. Il ne veut plus qu'elle sorte seule, croit qu'elle ira coucher avec tout le monde. Il se sent tellement transformé qu'il met sur le compte d'autrui, ce changement de caractère, il l'attribue à une influence magnétique. Parfois il se rend compte que sa jalousie est une « chimère », mais c'est plus fort que lui, il y revient. Les idées de jalousie ont ouvert la porte aux idées de persécution.

Idées de persécution. — Depuis un mois il lui semblait que sa femme et ses enfants lui en voulaient : ils étaient comme chiens et chats, dit-il, le regardant de travers, lui faisant de gros yeux et toutes sortes de misères, l'empêchant même de soupirer. Dans la rue, les passants en riaient. Il lui semblait quelquefois qu'on allait le tuer, il bousculait alors tout le monde autour de lui, afin qu'on ne l'approchât point.

Hallucinations psycho-motrices verbales. — Depuis trois semaines, un mois, il remarquait une chose bizarre : « des fois, on me cause dans la tête, je ne puis dire si c'est une voix d'homme ou de femme, ça n'a pas de timbre. « Cette voix lui dit sournoisement que sa femme le trompe, lui ordonne d'exécuter telle ou telle chose. Il y répond parfois, même il se fâche, puis il se tait car il n'arrive pas à la faire taire. « Je sais, affirme-t-il, que c'est une voix imaginaire, mais tout de même c'est bizarre. » Au moment où la voix parle dans la tête ou dans la poitrine, il éprouve une sorte d'angoisse dans la région gastrique.

C'est souvent dans la bouche qu'il entend la voix : « tu vas voir ce qui va t'arriver, lui crie-t-elle, tu vas voir la putain. » Il sent aussi des frémissements dans les pieds qui remontent jusqu'au ventre. La voix lui dit alors : « c'est la maternité qui veut ça. »

Hallucinations de l'ouïe. — Il entend des voix d'hommes qui lui disent que sa femme a couché avec tel ou tel individu, où elle est, où elle va. « Cet homme, lui dit-on, est allé avec ta femme chez le marchand de vins. » Il entend des coups de sifflet. Il a remarqué

que le coup de sifflet perçu par l'oreille éveille la voix intérieure : « Quand j'entends le sifflet, on me cause dans la poitrine. » Ce fait se produit non seulement quand se fait entendre le sifflet hallucinatoire, mais aussi avec le bruit d'un sifflet réel. Ainsi, au moment de notre examen, nous entendons un coup de sifflet de locomotive, il s'arrête et nous dit : « Tenez, on a sifflé, j'ai entendu par les oreilles, et maintenant on vient me dire dans la poitrine que je suis cocu. » Ainsi donc une excitation périphérique provoque l'hallucination psycho-motrice.

Hallucinations de la vue. — Il a eu, comme tous les alcooliques délirants, des hallucinations nocturnes et diurnes ; il voyait des hommes autour de lui, des femmes, et même sa femme dans les bras d'hommes. Il voyait également des animaux.

B... avait en outre *des troubles de la sensibilité générale ;* il se sentait électrisé et avait des fourmillements sur tout le corps. Il mettait ce phénomène sur le compte de l'électricité : « ce sont les fils télégraphiques des routes qui me donnent ça, concluait-il. »

A la suite d'une scène de jalousie, poussé par ses idées de persécution, il frappa sa femme à la tête et l'aurait tuée, mais il prit la fuite et se rendit chez le commissaire auquel il conta qu'on voulait le mettre à mort chez lui. Il fut arrêté et envoyé au dépôt.

Arrivé à l'Asile clinique le 25 juillet 1897, nous le voyons le troisième jour de son arrestation.

C'est un homme petit, maigre, hâlé par le soleil, miné par l'intoxication alcoolique. Les traits sont très anxieux, il se méfie et parle très doucement. Il se penche en avant, regarde le sol, sans oser vous fixer.

Il nous raconte ses misères, en s'interrompant fréquemment. Depuis deux jours, dit-il, il est plus calme, dort mieux, mais il a toujours ces voix des oreilles et surtout la voix interne, la voix de la bouche, qu'il nomme « voix mystérieuse », mais tout de même « voix imaginaire ».

Tremblement des mains. Les artères radiales sont sinueuses, dures ; les battements lents, quoique réguliers. Le cœur est un peu gros, le second bruit à l'aorte est dur, claquant. Rien aux poumons. Foie un peu petit. Traces d'albumine dans les urines; elles ont disparu quelques jours après.

Le 27 juillet, B... se sent tranquille, il n'a plus autant de cauchemars et dort assez bien. Les mains tremblent toujours.

Le 1er août, B... est triste, il dit bien n'avoir plus d'hallucinations, mais il reste en un coin, isolé des autres malades. Il a quelques idées vagues d'hypocondrie : il ne guérira jamais, il ne peut plus digérer. Régime lacté pendant cinq jours.

Le 5 août, son état mental est meilleur, mais B... est toujours un peu sombre.

Le 3 septembre il est calme, dort bien, il écrit à sa femme pour

lui demander pardon, il avoue avoir trop bu et promet de ne plus recommencer. Transféré à Ville-Évrard.

Réflexions. — B..., comme tous les autres est un dégénéré héréditaire : son père alcoolique n'a pu avoir que des enfants faibles d'esprit ou aliénés. Ainsi préparé par sa prédisposition héréditaire, il fait des excès de boissons, et s'alcoolise à son tour.

Parmi tous les troubles de l'alcoolisme, celui qui attire notre attention, c'est l'hallucination psycho-motrice verbale, c'est la voix intérieure, il l'entend un peu partout, elle se déplace, se dégageant une fois de la tête, une autre fois de la bouche, de la poitrine.

Elle est réveillée par les excitations externes, les coups de sifflet réels. Ainsi, non seulement l'excitation du centre auditif cortical se propage au centre moteur du langage, mais même l'excitation périphérique provoque l'éréthisme du centre moteur du langage. Cette excitation vient souvent de loin, ce sont « des frémissements » dans les pieds, des troubles de la sensibilité générale qui provoquent la voix interne; mais cette hallucination périphérique indirecte, dont l'excitation porte en dehors de la zone d'innervation du système phonateur, produit des voix moins nettes et moins précises, le malade s'en rend compte lui-même, « on lui parle, dit-il, mais il ne comprend pas ».

Plusieurs points demandent à être éclaircis dans les précédentes observations. Mais examinons d'abord ce que c'est que l'*hallucination motrice verbale*.

Pour quelques auteurs la fonction du langage prend part à la production de cette hallucination. Ed. Fournié[1] y voit une hallucination de cette fonction. Pour M. Simon[2], c'est une impulsion de la même fonction : « Est-ce là, dit-il, une véritable hallucination, nous ne le croyons pas, c'est une impulsion plutôt qu'une hallucination. » Pour M. Séglas[3], c'est une hallucination intéressant la fonction du langage dans ses éléments psycho-moteurs.

[1] E. Fournié. *Physiologie du système nerveux*, 1872, p. 818.

[2] Max Simon. *Lyon médical*, 1880, n°s 48 et 49, et *Monde des rêves*, 1880, p. 106.

[3] Séglas. *Progrès médical*, 1888, p. 125.

Il est indispensable de voir ce qui se passe dans notre esprit à l'état physiologique, pour pouvoir donner une explication à ce phénomène pathologique. Normalement, quand nous pensons à quelque chose, nous faisons appel à nos diverses mémoires. Les multiples souvenirs réveillent en nous des images plus ou moins précises ou plus ou moins effacées, qui nous servent à édifier psychiquement notre pensée. Les images réveillées, de natures différentes, se combinent, s'associent, et c'est ainsi que nous entendons notre pensée même avant de l'avoir exprimée. Ces images, souvent effacées chez les individus visuels et auditifs, sont au contraire prépondérantes chez les moteurs qui, pendant la réflexion, parlent mentalement leur pensée, au lieu de la lire [1].

« Chez moi, dit M. G. Ballet, comme chez la plupart des moteurs, quand je pense, la parole intérieure devient souvent assez vive pour que j'arrive à prononcer à voix basse les mots que dit mon langage intérieur; c'est là notre forme d'images vives à nous moteurs [2]. »

A l'état pathologique, l'hallucination motrice verbale n'est autre chose que la reproduction des images sensitives, avec une force morbide, de sorte que « le malade perçoit des paroles sans l'intervention d'images auditives » (Sérieux) [3].

Nous avons remarqué chez presque tous nos malades ce fait observé déjà par les auteurs, que les sujets, au moment où la voix intérieure se fait percevoir, accusent des mouvements, des sensations spéciales. Ces mouvements sont généralement localisés dans la gorge, la bouche, la langue, les lèvres, presque toujours dans la zone d'innervation des nerfs phonateurs. Pourtant on a vu des malades prétendre qu'on leur causait dans les intestins, dans les articulations (Baillarger), dans l'estomac ou dans les yeux (Séglas). Habituellement, c'est la langue qui est le siège des mouvements localisés. Le malade sent remuer sa langue à l'instant où la voix se fait entendre.

A l'état normal, quand nous prononçons des mots mentalement, nous sentons à l'état d'ébauche, des mouvements musculaires d'articulation dans la gorge, sur la langue ou

[1] Séglas. *Progrès médical*, 1888, p. 126.
[2] G. Ballet. *Le langage intérieur*, 1886, p. 52.
[3] Sérieux. *Archives de neurologie*, 1894, p. 335.

les lèvres. Rien de singulier à ce fait. Ces sensations tactiles et musculaires ne sont que les résidus des images kinesthésiques que l'articulation des mots provoque.

Mais il faut aussi tenir compte des sensations kinesthésiques variées localisées au larynx, dans les muscles respiratoires. C'est qu'en effet au cours de l'articulation des mots, les sensations tactiles et musculaires de la langue et des lèvres ne sont pas les seules qui se produisent (Sérieux). « Les deux phénomènes musculaires (expiration volontairement réglée et mouvements phonateurs du larynx) qui précèdent et préparent l'articulation intra-buccale, sont aussi indispensables qu'elle à la formation de la parole et font partie intégrante et nécessaire de l'acte d'ensemble... Trois actes aussi clairement volontaires et aussi indéniablement cérébraux doivent être représentés dans l'écorce, dans des zones distinctes, mais fonctionnellement réunies et anatomiquement associées entre elles par un système de fibres anastomotiques. » (P. Raugé [1].)

Ainsi, à l'état pathologique, l'hallucination motrice verbale n'est autre chose qu'une reproduction d'une intensité morbide des images sensitives, motrices et verbales. C'est ainsi que l'éréthisme du centre cortical du langage articulé chez les hallucinés de toutes les variétés, et chez les alcooliques que nous avons étudiés, retentit sur les centres voisins (sensitivo-moteurs, respiratoires, etc.) avec lesquels il a des connexités intimes.

Comme nous l'avons fait remarquer à propos de notre observation I, certains malades croient parler automatiquement. L'éréthisme du centre cortical moteur verbal produit aussi des mouvements réels d'articulation, de sorte que les individus semblent parler automatiquement. Cela s'explique. L'excitation du centre de Broca, ainsi que l'a démontré M. Jules Soury, produit suivant l'intensité, des symptômes variables. Ainsi l'éréthisme de ce centre détermine :

1° La représentation des mouvements:

« 2° Un courant nerveux centrifuge qui, suivant le degré d'irritation pathologique du centre considéré, déterminera dans les nerfs et dans les muscles destinés à l'articulation,

[1] P. Raugé. *Sur les centres psycho-moteurs de la parole articulée.* (*Bulletin médical*, 29 juin 1892.)

ou des états faibles d'innervation périphérique qui, sans qu'il y ait d'articulation véritable, provoqueront une sensation analogue pour la conscience; ou des rudiments d'articulation perceptibles seulement pour le malade; ou des mouvements réels, mais toujours sans qu'aucune parole soit prononcée en réalité. Toutefois, avec la durée et l'intensité du centre cortical, une émission des mots pourra se produire. » (Jules Soury [1].)

Parfois c'est une excitation externe (obs. IV) qui réveille l'hallucination motrice verbale, ou bien ce sont les voix des oreilles qui commencent, puis la voix intérieure répond (obs. I).

L'excitation jusque-là portait directement sur les organes de la phonation et de l'articulation, mais il est des cas où cette excitation porte beaucoup plus loin, bien en dehors de la région d'innervation des organes phonateurs comme dans l'observation IV. Le malade éprouve des élancements dans les jambes; et, à mesure que cette excitation augmente elle se transforme en hallucination motrice verbale; la voix est d'abord peu précise, mais aussitôt qu'elle arrive dans la zone des organes phonateurs elle est plus nette.

Il faut donc, pour la production d'une hallucination verbale psycho-motrice :

1° Une prédisposition spéciale. Nos observations nous le démontrent. Nos quatre malades sont d'abord des héréditaires, puis ont cette prédisposition que M. le professeur Joffroy [2] nomme hallucinogène.

2° Une excitation périphérique ou centrale des organes sensoriels.

Et comment expliquons-nous ces cas. Nos malades, des dégénérés et des héréditaires, tous, enfants d'aliénés et d'alcooliques, se trouvent dans des conditions hallucinogènes. L'alcoolisme ne fait qu'augmenter chez eux la susceptibilité de l'encéphale, et lentement, progressivement produit son action morbide sur tout le système nerveux. Dans le délire alcoolique, l'encéphale, sursaturé d'alcool, est dans un éréthisme considérable, les hallucinations apparaissent multiples, effrayantes. Un bruit, un rien fait sursauter le malade;

[1] Soury. *Les fonctions du cerveau*, 2e édit., 1890, p. 370.

[2] Joffroy. *Hallucinations unilatérales*. (*Archives de neurologie*, 1896.)

les excitations externes provoquent chez quelques-uns de nouvelles hallucinations. Donc rien de surprenant que l'excitation des centres se propage, intéresse le centre moteur de la fonction langage.

Généralement, ces hallucinations déterminent chez les malades un état de dépression mélancolique; souvent elles entraînent un dédoublement de la personnalité, et surtout l'idée de possession qui en est la conséquence. Chez nos alcooliques, les hallucinations psycho-motrices verbales n'ont pas eu plus de retentissement sur l'ensemble des idées délirantes, que les autres troubles hallucinatoires.

En définitive les hallucinations psycho-motrices verbales existent dans l'alcoolisme au même titre que les autres hallucinations. Elles sont relativement très rares. Elles sont comme les autres troubles hallucinatoires, la conséquence de l'éréthisme cérébral provoqué par l'intoxication alcoolique.

RECUEIL DE FAITS.

HYSTÉRIE DE L'ENFANCE;

Par BOURNEVILLE et J. BOYER.

I

Le cas d'hystérie mâle de l'enfance que nous allons rapporter, observé à l'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE, s'ajoute à ceux que l'un de nous a déjà publiés. Il s'est terminé par la guérison, en un temps relativement court, comme les autres, et mérite, à plusieurs égards d'attirer l'attention de nos lecteurs.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boissons, mort à trente-huit ans d'une maladie de poitrine attribuée à l'alcoolisme. — Pas de renseignements sur la famille paternelle. — Mère, nerveuse, morte à trente-deux ans d'une affection cardiaque. — Grand'mère maternelle, crises nerveuses, congestion cérébrale. — Pas d'autres renseignements sur la famille maternelle. — Frère arriéré. — Autre frère très nerveux. Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six ans.*

Conception et grossesse : Désaccord dans le ménage. — Naissance

rien de particulier. — Aucun détail sur l'évolution physique. — Pas de convulsions. — Intelligence normale. — Début des attaques en octobre.

1897. — *Affaiblissement simultané de la mémoire, déchéance intellectuelle, embarras de la parole, peurs exagérées et sans motif. — Description du malade à treize ans. — Traitement médico-pédagogique. — Disparition des attaques. — Amélioration progressive de l'état intellectuel et moral. — Guérison.*

Gabriel F..., né à Villers-Cotterets le 4 août 1885, est entré à l'Institut médico-pédagogique le 9 février 1898.

Antécédents (Renseignements fournis par la grand'mère paternelle et par le médecin de la famille). — *Père*, négociant en vins, excellent sujet, mais à la suite de contrariétés, s'est mis à boire. Il n'a jamais pu s'accorder avec sa femme. Mort à trente-huit ans d'une maladie de poitrine causée, dit-on, par l'*alcoolisme*. Dans les derniers temps il était très exalté. — *Grand-père paternel* aucun renseignement. — *Grand'mère paternelle*, soixante ans, bien portante, intelligente, nerveuse. — Pas d'autres renseignements sur la famille paternelle.

Mère « *névropathe* des plus accentuées », sans cependant avoir des attaques de nerfs. Caractère peu commode. Morte onze jours après son mari d'une affection cardiaque à trente-deux ans. — *Grand-père maternel* aucun renseignement. — *Grand'mère maternelle* encore vivante, a des *crises convulsives* qui durent quelquefois deux heures; elle a toujours été malade, a eu récemment une congestion cérébrale. — Un *frère* bien portant, sobre. Pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six ans, père plus âgé.

Quatre enfants : 1° Garçon de dix-sept ans et demi; « le pauvre enfant est bien de corps, mais il est *arriéré*, c'est un véritable enfant; ce n'est pas un déséquilibré, mais c'est un sujet à cases vides. » — 2° Garçon, mort d'une bronchite, pas de convulsions. — 3° Notre malade. — 4° Garçon, huit ans, intelligent, a très souvent des *cauchemars*, « c'est aussi un candidat aux troubles nerveux ».

Notre malade. — Au moment de la *conception*, et durant la *grossesse* désaccord dans le ménage. Pas d'autres détails. — *Accouchement* à terme, naturel, par la tête (?). — *A la naissance*, rien de particulier. Jamais de convulsions. — Aucun détail sur l'évolution physique et intellectuelle de l'enfant. N'aurait rien présenté d'insolite jusqu'en octobre 1897. — Était même très intelligent. — A cette époque (rentrée des classes) Gabriel se figure qu'il ne peut suivre la classe où on l'a placé au collège de

Soissons. La vue de son professeur qui avait, nous dit-on, la voix brève et les yeux méchants l'effraie au point de déterminer chez l'enfant une violente *crise nerveuse* qui dura de huit heures du matin à dix heures. On nous a affirmé qu'il n'y a eu aucune violence exercée vis-à-vis de l'enfant. A partir de ce moment, Gabriel à la moindre contrariété, au moindre ennui (leçon non sue, devoir non fait) a des *attaques* de durée variable; en a eu jusqu'à neuf par jour. La grand'mère paternelle, qui l'a gardé à sa charge a dû le retirer du collège. En même temps l'enfant devient de plus en plus énervé, on constate un *affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence*. — Le Dr Mouflier conclut à l'*hystérie*. Ce diagnostic est sanctionné par M. le Dr Gilbert Ballet qui voit l'enfant et conseille son placement dans un établissement spécial. La crainte de quitter sa famille provoqua chez l'enfant une rémission; mais pendant le temps que dura cette rémission, Gabriel se mit à bégayer et le *bégaiement* ne disparut qu'à la réapparition des attaques. Dans l'impossibilité de garder plus longtemps l'enfant avec elle, la grand'mère le conduit à l'*Institut médico-pédagogique*.

ÉTAT A L'ENTRÉE. — a) *Etat physique*. — La physionomie paraît intelligente, très éclairée. Les *cheveux* sont blonds, assez épais, plutôt raides, bien plantés, sans épis, n'empiétant pas sur le front, limités régulièrement.

Le *crâne* est ovoïde, peut-être un peu plus fort à droite qu'à gauche. Le *front* est assez large, haut, un peu bombé, les bosses frontales sont saillantes et rapprochées, légère dépression au-dessus des arcades sourcilières, qui forment une saillie assez prononcée; les sourcils sont très blonds, peu épais, à peine visibles surtout aux extrémités externes, solution de continuité; les *paupières* sont boursouflées, surtout la paupière supérieure et présentent un fort ourlet qui s'étend jusqu'aux commissures externes; les *cils* sont châtains, longs, fournis aux paupières supérieures, plus blonds, courts et clairsemés aux paupières inférieures; les *yeux* sont gros, saillants, l'iris gris marron, la pupille dilatée en face la lumière; la racine du nez est large, le *nez* court, légèrement levé, les narines visibles de face, elliptiques, celle de droite un peu plus ouverte, les ailes peu dessinées; les *pommettes* sont saillantes et colorées; la *lèvre supérieure* est large et saillante; la relèvre inférieure déborde sur la supérieure; la *bouche* est un peu large (55 millimètres); le *palais* est un peu ogival, les *dents* sont assez régulièrement plantées, les incisives médianes supérieures larges en fer de bêche; l'incisive latérale droite s'imbrique sur l'incisive voisine, la canine supérieure droite ne fait que pointer. la mâchoire inférieure ne présente rien de particulier; le *menton* est rond; les *oreilles* sont égales et symétriques (longueur 6 centimètres), décollées, l'ourlet est très accentué, le lobule non adhé-

rent. L'ensemble de la *face* présente une légère asymétrie, le côté droit est un peu plus fort et lorsque l'enfant rit la commissure labiale gauche se relève un peu ; le *visage* est rond ; la *peau* est fine.

Le *cou* est moyen, circonférence médiane, 32 c. 5.

Le *corps* tout entier est bien proportionné, un peu bouffi ; la musculature est ferme, la peau est fine. Le *thorax* est un peu aplati, la région pectorale peu développée, le dos un peu rond, la colonne vertébrale régulière, le ventre assez gros. Les membres ne présentent rien de particulier.

Puberté : pénil glabre, ainsi que les aisselles et le corps tout entier. *Bourses* pendantes, de niveau. *Testicules* égaux de la dimension d'un œuf de merle; *verge* normalement développée, circonférence, 4 centimètres, longueur, 4 centimètres ; *prépuce* un peu long, *gland* découvrable, méat normal ; anus glabre.

b) *Etat physiologique.* — L'enfant est très actif et bruyant ; tous les mouvements articulaires s'exécutent normalement. Dans la station debout, l'attitude assise, la marche, tendance à se voûter. Lorsque Gabriel a eu plusieurs attaques consécutives, il marche les cuisses serrées l'une contre l'autre, les genoux se touchant; à ces moments les articulations du genou et de la hanche ne peuvent, même passivement, exécuter que des mouvements très limités. — *Organe des sens : vue,* myopie assez prononcée, à la distance d'un mètre ne peut lire des lettres de 3 centimètres de long ; l'œil gauche est plus faible que l'œil droit ; l'*ouïe*, normale à droite et faible à gauche ; rien à signaler sur le toucher, le goût et l'odorat. — La *parole* est libre ; rire très facile. Les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

Rien à l'auscultation des *poumons* et du *cœur ;* le *foie* déborde légèrement les fausses côtes.

Clou hystérique très prononcé ; *rachialgie* prononcée de la septième cervicale à la dernière lombaire ; *point hystérique* au niveau de la septième dorsale ; zone hystérique au niveau des flancs et au-dessus des aines.

La *sensibilité* à la chaleur au frôlement, au pincement, est conservée et égale des deux côtés. Sensibilité au chatouillement un peu exagérée.

c) *Etat psychologique.* — L'intelligence paraît d'abord de force moyenne ; en observant l'enfant, dans l'exercice de ses facultés intellectuelles, on sent qu'il y a chez lui, sinon déchéance, au moins un peu d'obnubilation dans les idées. La nature de ses fautes d'orthographe, de ses erreurs de calcul, fait supposer que l'enfant a oublié beaucoup de ce qu'il savait. C'est ainsi qu'il a la notion des règles d'accord, mais il les applique à tort et à travers; de même en arithmétique il commence une multiplication, mais

est incapable de la mener jusqu'au bout. Ne connait absolument rien en histoire et en géographie ; là nous nous trouvons encore en présence d'une perte de mémoire, puisque, d'après sa grand'-mère, en juillet 1897 Gabriel aurait pu subir avec succès les épreuves du certificat d'études primaires. — L'attention est de peu de durée, la réflexion impossible, la mémoire comme engourdie, l'imagination paresseuse. Un peu d'incohérence, beaucoup de naïveté dans le jugement et le raisonnement.

d) *Etat instinctif et moral.* — Gabriel est plutôt gai, aime la société de ses maitres et de ses camarades avec lesquels il joue peut-être un peu trop bruyamment. Instinct de la conservation exagéré, a peur de l'obscurité, du moindre bruit insolite. Taquin, mais sans méchanceté. Bavarde sans cesse, tendance à semer la discorde entre ses camarades. Très expansif. A la notion du bien et du mal ; rien d'exagéré dans ses pratiques religieuses. — Onanisme supposé. — Il est assez ordonné, a soin de ses affaires, respecte celles des autres. — Volonté plutôt active mais facile à entraîner.

Description d'une attaque. — Gabriel est debout adossé au chambranle d'une porte, tout à coup, sans cri initial, sans aura, le corps se raidit dans l'extension la plus prononcée, les bras se collent contre le tronc, la face se congestionne, les traits se crispent, les yeux sortent de l'orbite, restent grands ouverts, la pupille se dilate au point que l'iris ne forme plus qu'une zone presque imperceptible. Comme le corps se penchant vers la gauche menace de tomber on étend le malade de tout son long à terre. Mouvements tétaniformes limités aux membres supérieurs, se produisant toutes les douze ou quinze secondes. Les mains sont fermées, le pouce en dedans. Une bave mousseuse très abondante, formant comme une petite noix s'échappe par intermittence de la commissure labiale gauche. On l'essuie et elle se reproduit à intervalles rapprochées. La tête et le regard sont légèrement tournés à gauche. Le corps est raide, on le soulève en entier, en prenant les deux pieds. Tendance à l'incurvation des reins, on peut passer la main entre le sol et les fesses de l'enfant. A mesure que l'attaque se continue, la face tout en restant congestionnée se couvre de sueurs, les yeux se remplissent de larmes. Les paupières restent immobiles même si on fait passer un objet devant les yeux. L'attaque proprement dite a duré dix-huit minutes. Puis Gabriel après avoir eu une demi-minute une expiration sifflante s'est mis à respirer bruyamment et la rigidité a cessé aussitôt. L'enfant reprend en partie connaissance, il peut nous dire qu'il souffre un peu de la tête. Le corps est affaissé comme brisé de fatigue. Il ne fait aucun mouvement. Cinq minutes après sans que l'enfant perde connaissance à nouveau et que son corps

se raidisse, les membres supérieurs se projettent en avant dans une secousse tétaniforme en même temps que la face reprend la physionomie de l'attaque. Les bras restent quelques secondes raides mais la main est ouverte, les doigts écartés ; si on les fait se rapprocher ils s'écartent de nouveau dès qu'on ne les maintient plus. On a pu compter jusqu'à treize de ces secousses se reproduisant à peu près à cinq minutes d'intervalles. Quelquefois elles sont accompagnées d'un coup de tête en avant ; assis l'enfant ne tombe pas, mais debout, il fait plusieurs pas en avant, le tronc très incliné, on doit le soutenir pour éviter une chute probable.

Traitement. — Bain toutes les semaines, douche froide sur le dos jusqu'au 15, et douche complète à partir du 16, tous les jours; gymnastique, travaux scolaires et manuels, traitement moral.

Février. — Le 10, trois attaques. — Le 13, une (décrite ci-dessus). — Le 14, trois — Le 15, deux. — Le 17, deux. — Le 18, deux. — Toutes ces attaques ont présenté les mêmes caractères que celle du 13. Les dernières ont montré quelque différence dans la période de résolution. Au lieu des secousses tétaniformes qui marquaient la seconde phase de l'attaque, nous constatons après plusieurs cris de joie alternant avec des pleurs et des gémissements plaintifs, de véritables mouvements coordonnées. Gabriel prend son mouchoir des mains de l'infirmier, le plie en triangle, le place sur la table et appuie son front dessus; dans un mouvement involontaire, il le fait tomber à terre, le ramasse aussitôt et le remet en place : on l'appelle, il ne répond pas, les paupières se ferment si on fait passer un objet devant les yeux. — Le 19, l'enfant se plaint toute la matinée de ressentir, au niveau de l'épigastre, la montée d'une boule qui lui donne l'angoisse de l'étouffement. Quelques heures après, attaque.

Le 27, deux attaques ; elles se sont succédées à une demi-heure d'intervalle. La première a duré cinquante minutes : le début a été semblable à celui des autres ; au bout de cinq minutes *inhalations d'éther :* la raideur persiste, la face reste convulsée, mais les mouvements des bras se produisent à intervalles très éloignés. On cesse l'inhalation au bout de dix minutes, la raideur du corps ayant disparu. Gabriel se replie sur lui-même, puis brusquement projette les jambes et les bras de tous côtés et renverse la tête en arrière ; à diverses reprises l'incurvation du corps est très nette. Le malade essaie de mordre tout ce qui est à sa portée, ses propres mains, ses bras, la jambe de l'infirmier, une serviette, etc. Il fait les mouvements d'une personne qui se défend et qui attaque, les poings sont fermés, l'avant-bras replié sur le bras, la physionomie exprime tantôt la frayeur, tantôt la colère ; il ne bave plus. La deuxième attaque a présenté les mêmes caractères en raccourci; durée, dix minutes. — Le 28, une attaque ; dans la période de résolution, Gabriel tout en poussant des cris de joie essaie de

rapprocher ses deux mains dont il tient les doigts écartés comme s'il voulait les frotter l'une contre l'autre ; mais on dirait qu'un obstacle s'oppose à leur contact. — Toutes les fois qu'il y a eu attaque dans la journée, la nuit l'enfant est très agité, il paraît avoir des cauchemars, cause à haute voix, mais on ne comprend pas ce qu'il dit. — Dès le mois de février on le fait travailler en classe aussi régulièrement que le permet son état.

Mars. — Même traitement. — Onze attaques en tout. Durée moyenne quatre minutes. La rigidité est beaucoup moins accentuée. A la fin du mois de mars le malade est capable de faire correctement la suspension à l'échelle convexe et horizontale, et tous les mouvements d'ensemble. — En classe il acquiert de nouveau ce qu'il avait oublié : l'orthographe est meilleure, les devoirs de style possibles, il a réappris la multiplication et la division. Moins taquin avec ses camarades.

Avril. — Le 1er, sorte de vertige caractérisé par la fixité du regard, durée dix secondes. — Le 5, attaque complète durée vingt minutes. — Le 21, sommeil agité, l'enfant s'est levé en dormant a traversé sa chambre, a été dans la pièce voisine, a essayé de monter dans le lit d'un camarade, puis est retourné à son lit. Il a dormi ensuite paisiblement. — La déchéance intellectuelle paraît enrayée ; Gabriel travaille de mieux en mieux en classe ; il fait de petits problèmes et possède les notions élémentaires de géographie.

Mai. — Le 19, hoquet au moment de se coucher, pendant une heure. — Le 21, petit accès de tristesse qui a duré deux heures ; l'enfant s'était taquiné avec un de ses camarades. — La mémoire revient, l'enfant peut apprendre de petits morceaux de récitation. — La marche est maintenant normale. — On constate la disparition du clou et des zones hystériques ainsi que de la rachialgie.

Juin. — Aucun accident nerveux. Les progrès en classe et en gymnastique continuent. Dans ses conversations l'enfant fait preuve d'esprit de suite et de jugement. — N'a plus peur de l'obscurité. L'impressionnabilité s'est fortement atténuée.

Juillet. — Aucun accident nerveux. — Persistance de l'amélioration intellectuelle. Gabriel a acquis quelques notions d'histoire et de sciences naturelles.

Le 8 *août*, l'enfant quitte l'Institut médico-pédagogique.

Poids à l'entrée 41 kilogr.
— à la sortie : 44,200.
Taille à l'entrée : 1m,465.
— à la sortie : 1m,49.

Depuis que Gabriel a quitté l'Institut médico-pédagogique, nous avons eu l'occasion de recevoir de ses nouvelles soit par sa grand'-mère paternelle avec laquelle il habite, soit par le médecin qui nous l'avait amené. L'enfant n'a plus eu d'accident nerveux. Il est retourné au collège, où il se conduit bien, et travaille régulière-

ment. Lui-même nous a écrit en mai dernier, et sa lettre est celle d'un enfant raisonnable et reconnaissant qui tient à montrer qu'il n'a pas oublié ceux qui se sont occupés de lui. Une tante maternelle, que nous avons vue le 6 octobre 1899, confirme ce qui précède et dit que Gabriel a toujours pris des douches. Même attestation par une lettre de sa grand'mère du 7 octobre.

TABLEAU DES ACCIDENTS NERVEUX

	ATTAQUES	VERTIGES	ACCIDENTS DIVERS
Février	18	»	»
Mars.	11	»	»
Avril.	1	1	Un accès de somnamb.
Mai	»	»	Hoquet d'une heure.
Juin	»	»	»
Juillet	»	»	»
Août.	»	»	»

Réflexions. — 1° L'*hérédité* de l'enfant est chargée : le père est un *alcoolique*, la mère une *névropathe*, la grand'-mère maternelle a des *crises convulsives*. Cette hérédité a également touché les deux frères du malade, dont l'un est un *arriéré*, et l'autre *très nerveux*. — Les antécédents personnels se bornent à l'état de nervosité dans laquelle se trouvaient le père et la mère, au moment de la conception et cette dernière durant la grossesse.

2° Les *stigmates de dégénérescence* physique sont peu importants : une légère asymétrie de la face et du crâne. A retenir cependant la faiblesse de l'œil et de l'oreille gauches.

3° Nous nous trouvons bien en présence d'un cas d'*hystérie mâle*, très caractérisée : clou hystérique, rachialge, zones hystérogènes, attaques bien définies.

4° La maladie débute à douze ans, et provoque un affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, ce qui est rare dans l'hystérie, en même temps qu'un état de nervosité qui rend l'enfant insupportable. Une période de rémission incomplète nous montre le *bégaiement* venant, pour ainsi dire, remplacer les attaques, et leur céder la place dès qu'elles se reproduisent.

5° Sous l'influence du *traitement médico-pédagogique*, l'activité se règle, les attaques diminuent et disparaissent, la

mémoire se raffermit, l'intelligence réapparaît et le malade réapprend ce qu'il avait perdu. Il devient capable d'un travail intellectuel et physique assidu, il retourne au collège, et, tout nous permet de croire qu'il y a eu guérison, car les attaques n'ont pas reparu depuis mai 1898.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XII. Les voies centrales de la sensibilité générale (*Étude anatomo-clinique*) ; par le Dr Long. (Thèse de Paris, 1899, 280 pages, 75 figures. Steinheil, éditeur.)

Travail du plus haut intérêt où l'auteur estime que, dans l'état actuel de la science, il est nécessaire, pour l'étude des voies centrales de la sensibilité générale, de revenir à la doctrine qui fut défendue par les physiologistes, par Cl. Bernard et par Vulpian en particulier ; en la complétant avec les acquisitions faites plus récemment par la neurologie, on peut arriver aux conclusions suivantes :

1° Les fibres afférentes à la moelle épinière se terminent en s'arborisant autour des cellules de la substance grise, avec laquelle elles ont des points de contact multiples, au-dessus et au-dessous du plan d'implantation de chaque racine ;

2° La substance grise qui reçoit les fibres centripètes des racines rachidiennes postérieures et des nerfs sensitifs crâniens est un élément fonctionnel très complexe ; ses connexions avec les autres régions du système nerveux central sont multiples et, d'autre part, ses divers étages sont eux-mêmes réunis par de nombreuses fibres commissurales et d'association.

Parmi les fonctions qui incombent à cette substance grise, on doit comprendre la conduction de la sensibilité générale dont les impressions périphériques se transmettent de proche en proche par des voies encore mal définies jusque dans les centres supérieurs ;

3° Au delà du système des neurones périphériques on ne trouve pas, dans la substance grise et dans les faisceaux blancs des centres nerveux, de voie indispensable à la transmission de la sensi-

bilité générale considérée dans sa totalité, ou à la transmission d'une catégorie particulière d'impressions sensitives ;

4° Le ruban de Reil médian représente un système complexe de fibres. Il comprend d'abord des fibres ascendantes réunissant les noyaux des cordons de Goll et de Burdach à la couche optique et des fibres moins longues s'arrêtant en différents points de la substance grise ;

5° Dans l'isthme de l'encéphale, l'étude des localisations cérébrales tend à prouver que c'est principalement par la région de la calotte que se fait la transmission de la sensibilité générale ; mais on ne peut attribuer cette transmission au ruban de Reil seulement ; il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte la substance grise et les voies courtes de la formation réticulée ;

6° La couche optique constitue un relai pour les voies ascendantes pédonculaires ; on sait en particulier que le ruban de Reil médian s'arrête dans le noyau externe et le centre médian de la couche optique ;

7° Les connexions de la couche optique avec l'écorce cérébrale se font par le système des fibres thalamo-corticales, mais il n'existe pas, dans le segment postérieur de la capsule interne, de région déterminée par laquelle ne passeraient que des fibres sensitives ; ces dernières sont en effet mélangées aux autres fibres verticales ou transversales de la capsule interne ;

8° Sur l'écorce cérébrale, la motilité, la sensibilité générale et le sens musculaire ont la même localisation ;

9° La multiplicité des moyens de transmission de la sensibilité générale est en rapport avec l'importance des phénomènes de suppléance qui jouent un grand rôle dans la physiologie normale et pathologique des voies sensitives centrales. E. Blin.

XIII. Sur les altérations des grandes cellules pyramidales consécutives aux lésions de la capsule interne ; par le Dr Marinesco.

En tenant compte de nos connaissances actuelles sur la réaction des différents neurones après la section de leur prolongement axillaire, l'auteur s'est demandé quel pouvait être le sort des grandes cellules pyramidales après les lésions de la capsule interne et, dans ce but, il a examiné le lobule paracentral, les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes dans six cas d'hémiplégie due à des lésions plus ou moins anciennes de la capsule interne.

Les altérations trouvées dans le lobule paracentral, du même côté que le foyer destructif, portent exclusivement sur les grosses cellules pyramidales ; mais la lésion de celles-ci dépend, d'une manière générale, de l'ancienneté du foyer et de son étendue. On peut dire que plus le foyer est ancien, plus la dégénérescence et

l'atrophie des cellules pyramidales sont avancées. Le protoplasma de la cellule est transformé en substance jaunâtre, qu'on a appelée à tort pigment et qui dérive par voie de transformation clinique, des éléments chromatophiles. Cette réaction de la cellule nerveuse pyramidale, allant jusqu'à son atrophie à la suite des lésions du faisceau pyramidal dans la capsule interne, n'est qu'un cas particulier que présente tout neurone moteur ou sensitif à la suite de la destruction de son prolongement axillaire.

La dégénérescence progressive et invariable des neurones pyramidaux consécutive aux lésions en foyer de la capsule interne nous démontre que ces lésions des cellules pyramidales sont irréparables. (*Revue neurologique*, mai 1899.) E. B.

XIV. **Des différentes formes de paraplégie due à la compression de la moelle épinière. — Leur physiologie pathologique** ; par M. le professeur Van Gehuchten. (*Presse médicale*, 10 mai 1899.)

D'après M. van Gehuchten, la production d'une paraplégie flasque avec abolition des réflexes, à la suite d'une compression médullaire, est explicable, en l'état actuel de la science, par la seule interruption anatomique ou fonctionnelle des fibres médullaires, au point comprimé, et il n'y a pas lieu de la rattacher, ainsi que le soutient M. Brissaud, à une dégénérescence des nerfs intramusculaires. Cela posé, l'auteur réunit dans le tableau suivant, les formes les plus typiques de paraplégie due à une compression médullaire.

	1er DEGRÉ	2e DEGRÉ	3e DEGRÉ	4e DEGRÉ
Troubles moteurs.	Paraplégie spasmodique. Exagération des réflexes.	Paraplégie flasque. Abolition des réflexes.	Paraplégie flasque. Abolition des réflexes. Dissociation syringomyélique.	Paraplégie flasque. Abolition des réflexes. Anesthésie complète
Troubles sensitifs.	Pas.	Pas.		

Examinées au point de vue des troubles moteurs et des troubles sensitifs, ces quatre formes de paraplégie ne sont, en quelque sorte que des degrés différents d'une même affection. Ce ne sont pas des entités morbides nettement distinctes les unes des autres ; il existe entre elles, en effet, un grand nombre de formes de transition. De plus, elles ne sont, le plus souvent, que transitoires ; elles se transforment l'une dans l'autre chez le même malade pendant le cours de son affection médullaire. Les manifestations

qu'elles subissent ont lieu, tantôt dans le sens d'une aggravation, tantôt dans le sens d'une amélioration. En somme, dans la symptomatologie de la compression médullaire, tout dépend du degré de compression que la moelle subit à un moment donné et du nombre, et surtout de la nature des fibres nerveuses médullaires momentanément ou définitivement mises hors de service.

Dans toute compression médullaire s'observent des troubles moteurs; c'est que les fibres motrices sont plus sensibles au traumatisme que les fibres sensitives; mais ces fibres motrices elles-mêmes ne sont pas également résistantes, les plus vulnérables semblent être les fibres cortico-spinales et les fibres cérébello-spinales. La compression de ces fibres produit la paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes (1er degré). Quand la compression augmente, et quelle interrompt automatiquement ou fonctionnellement, en outre des fibres cortico-spinales et cérébello-spinales, les autres fibres motrices provenant du mésencéphale, de la protubérance annulaire et de la moelle allongée, la paraplégie devient flasque et les réflexes tandineux sont abolis (2e degré). Si la compression s'accentue encore, elle retentit sur les fibres sensitives. Parmi celles-ci, les plus facilement atteintes, sont celles du faisceau de Gowers, que M. Van Gehuchten considère comme servant à la transmission des impressions douloureuses et thermiques. En effet, si, dans le cours d'une paraplégie flasque, on voit survenir des troubles de la sensibilité, ceux-ci retentissent tout d'abord sur la transmission des impressions douloureuses et thermiques, transmission qui est affaiblie ou abolie. Le fait que, dans certains cas, la sensibilité à la douleur est seule atteinte, et que la zone d'analgésie s'étend parfois plus haut que la zone de thermo-anesthésie, permet de penser qu'il existe peut-être dans le faisceau de Gowers des fibres distinctes pour la transmission de la douleur et pour la transmission de la température. Après la compression des fibres du faisceau de Gowers, on voit la lésion médullaire amener la perte de la sensibilité musculaire (compression des fibres du faisceau cérébelleux ou des fibres des cordons postérieurs?). La sensibilité tactile (fibres des cordons postérieurs ou fibres du faisceau cérébelleux ?) persiste le plus longtemps. Il est à remarquer que, de toutes les fibres de la moelle, ce sont celles du faisceau cérébelleux et celles des cordons postérieurs qui opposent au traumatisme le plus de résistance, tandis que, dans la syphilis, ce sont les fibres des cordons postérieurs qui paraissent les plus vulnérables.

La compression de la moelle épinière, à n'importe quel niveau, ne retentit pas toujours d'une façon systématique, d'abord sur les fibres motrices et ensuite sur les fibres sensitives. A côté des formes typiques, il existe des formes irrégulières, atypiques : telles sont, par exemple, celles dans lesquelles les troubles sensi-

tifs surviennent avant que la compression n'ait mis hors de fonction toutes les fibres motrices; ou encore, celles dans lesquelles la compression exerce son maximum d'intensité d'abord sur les fibres sensitives. Dans une de ces formes dont la production n'a pas encore reçu d'explication physiologique certaine, on observe, à côté de troubles moteurs plus ou moins accusés, une exagération de l'une ou l'autre forme de la sensibilité. A. FENAYROU.

XV. **Les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques**; par M. G. MARINESCO. (*Presse médicale*, 19 avril 1899.)

Réponse de M. Marinesco aux assertions formulées par M. Van Gehuchten dans un travail sur le même sujet, publié dans le numéro dn 4 janvier 1899 de la *Revue médicale*. A. FENAYROU.

XVI. **La manière d'être des cellules des ganglions spinaux dans le tabes éclairée par la méthode de coloration de Nissl**; par K. SCHAFFER (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Le type normal de ces organes a été exposé par Lenhossek *in Archiv. f. Mikroskop. Anatomie*, 1897.

En ce qui concerne la matière colorable du protoplasma cellulaire que Lenhossek nomme avec raison tigroïde, c'est le substratum propre de la matière tinctoriale de Nissl. Ceci dit, dans les ganglions spinaux normaux, le protoplasma est intimement uni à la capsule épithéliale, et contient des mottes, de grosseurs les plus différentes, de forme angulaire, grumeleuse, distordue. Les grosses sont attachées à la périphérie du protoplasma (couronne de mottes marginales) et sont composées de la soudure de plusieurs petites mottes ensemble. A l'intérieur du protoplasma, fines, extrêmement fines granulations. On doit, en ce qui concerne la grosseur et le nombre des mottes, distinguer trois espèces de cellules : 1° La cellule claire qui possède presque toujours sa couronne de mottes marginales; 2° La cellule à grosses mottes qui ne possède pas sa couronne de mottes marginales; la substance tigroïde représente des corps déchirés, floconneux, quelquefois les plus grosses sont à gros angles; 3° La cellule intermédiaire aux deux premières espèces.

Dans les ganglions spinaux tabétiques, il n'y a guère de cellules nerveuses à considérer comme pathologiques. La substance chromatique et le noyau sont normaux; même dans les cas de tabes absolu avec dégénérescence extrême des racines postérieures. Ce noyau forme, comme dans les préparations normales, une vésicule claire entourée d'une claire lisière sans mottes. Il est extrêmement rare que le noyau soit recoquillé ou présente une

forme anormale. La substance chromatique est normalement colorée. Jamais de vacuoles. Peut-être la substance chromatique. dans le tabes au début, se colore-t-elle d'une façon plus intense et se sature-t-elle de matière colorante plus que dans le tabes absolu : c'est tout. Pas de capsules vides, pas de cellules des capsules qui prolifèrent. Cette constatation négative, contraire à celle de Marinesco, prouve que la lésion initiale du tabes ne doit pas être cherchée dans les ganglions spinaux. P. KERAVAL.

XVII. Recherches sur la moelle et le cervelet des oiseaux ; par A. FRIEDLÆNDER. (*Neurolog. Centralbl.* XVII, 1898.)

Etude chez le pigeon domestique des relations de la moelle et du cervelet, qui n'est chez l'oiseau qu'un vermis, au moyen de la méthode des dégénérescences. Soixante-dix opérations sur cet animal éthérisé. Analyse fine de l'anatomie normale du cervelet et de la moelle ainsi que de leurs rapports connus jusqu'ici. Détails relatifs : A) aux expériences de sections transverses de la moelle destinées à décider s'il y a dégénérescence ascendante et de quelles fibres, B) aux lésions de diverses parties du cervelet pour savoir s'il y a des fibres cérébelleuses descendantes.

Résumé. — I. *Faisceaux qui à la suite de l'hémisection latérale de la moelle dégénèrent dans la moelle en haut et en bas.* — 1° Il y a des fibres qui, au-dessus et au-dessous de l'endroit vivisecté, dégénèrent dans les mêmes zônes. Il doit donc y avoir dans la plupart des conducteurs de la moelle des oiseaux des faisceaux dans les deux sens. Mais c'est moins accusé dans les *cordons postérieurs;* ils envoient en bas de courtes dégénérescences radiculaires, tandis qu'on constate une dégénérescence qui monte jusqu'au bulbe. Seulement la zone de dégénérescence est de plus en plus pauvre, ce qui permet de penser qu'une très faible partie des cordons postérieurs arrive au petit cordon postérieur du bulbe. Dans la moelle lombaire, le cordon postérieur se colle sur le côté du sillon postérieur sous forme de *cordon postérieur médian.* Les fibres qui sortent des racines sensitives dont la direction est le plus tranversale, se placent à côté des fibres déjà incorporées : ainsi se forment un *cordon postérieur médian* et un *cordon postérieur latéral* ; 2° le *faisceau cérébelleux des cordons latéraux* dégénère toujours dans toute son étendue en haut et en bas ; 3° dans les *cordons antérieurs* et aussi dans les *cordons latéraux* on trouve des fibres dégénérées en haut et en bas qui, tout près de l'endroit sectionné, occupent ces deux organes, tandis qu'à quelque distance de cet endroit, elles se limitent essentiellement aux cordons antérieurs et encore à leur zone médiane. Ces fibres sont indubitablement, pour la plupart, d'origine endogène et de longueurs différentes.

il se trouve cependant aussi parmi elles, un nombre de faisceaux originaires du cervelet qui méritent le nom de *tractus cérébello-spinal antérieur médian*. Sur les coupes transverses de la moelle ces fibres ne peuvent guère se séparer des fibres à trajet intra-spinal, car elles dégénèrent en bas avec elles. Il est probable qu'il faut ranger parmi les faisceaux endogènes (intraspinaux) un long faisceau qui occupe les cordons antérieurs et ne peut être suivi jusque dans le bulbe.

II. *Faisceaux qui après l'hémisection latérale de la moelle dégénèrent dans le cervelet.* — Dans le cervelet ne se prolongent que les faisceaux de la moelle qui occupent la périphérie du cordon latéral. Une coupe antéropostérieure montre que toute la masse des fibres s'enfonce dans le corps restiforme et s'en va en arrière avec lui. La plus grande partie se termine sans s'entrecroiser dans les circonvolutions supérieures du vermis. Les fibres antérieures et transversales demeurent libres. Sur les coupes en séries transversoperpendiculaires on voit que le corps restiforme fournit d'abord deux trousseaux. L'un d'eux, d'abord transversal, s'infléchit en haut et en arrière pour s'enfoncer dans le cervelet ; grêle, il correspond probablement au segment antérieur du faisceau cérébelleux du cordon latéral (*tractus cérébellospinal antérieur*). Le second fournit la plupart de ses fibres à l'écorce supérieure du vermis ; le reste contourne la face antérieure des gros noyaux médians du cervelet, s'entrecroise sur la ligne médiane et se perd peut-être en partie dans ces noyaux, en partie également dans l'écorce inférieure du vermis.

III. *Faisceaux qui dégénèrent en descendant à la suite d'une lésion du cervelet.* — A côté des courts faisceaux qui dégénèrent du côté correspondant à l'opération (faisceaux d'association) et du côté opposé (faisceaux commissuraux) et qui sont les *faisceaux proprement dits du cervelet* on constate la dégérescence d'un *long faisceau croisé*. Une petite partie de ce faisceau rayonne dans la région de la *zone acoustique d'Ahlborn*. Sa plus grande partie, sous la forme d'un large ruban, s'en va, par le pédoncule cérébelleux inférieur, dans le bulbe et dans le cordon latéral. Ce long faisceau correspond au *tractus cérébellospinal*, composé de fibres antérieures et postérieures du faisceau cérébelleux du cordon latéral. Les fibres postérieures de celui-ci occupent dans le bulbe, le segment cérébral du corps restiforme ; les fibres antérieures (ou faisceau de Gowers) sont représentées par les fibres qui passent à la partie inférieure des olives et du trijumeau.

On constate aussi, mais non toujours, la dégénérescence du pédoncule cérébelleux supérieur, des fibres arciformes externes et internes du bulbe. Intégrité constante et complète du télencéphale et du mésencéphale. P. KERAVAL.

XVIII. Contribution au trajet des fibres des racines postérieures dans la moelle cervicale de l'homme; par K. SCHAFFER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Voici deux observations de lésion isolée des racines, très propres à éclairer la question des rapports des racines postérieures avec la structure des cordons postérieurs. Figures. On sait que les lésions des racines, tant de la moelle dorsale supérieure que de la moelle cervicale inférieure, entraînent une dégénérescence intraspinale descendante et ascendante. La dégénérescence descendante en rapport avec les lésions transverses de la moelle (Westphal, Schultze, Kahler et Pick) s'explique par la division en Y des fibres radiculaires postérieures. Mais elle peut affecter plusieurs formes, par exemple la forme en virgule (Schultze) ou se traduire par la dégénérescence du champ ovale du cordon postérieur.

Ces deux observations mettent en lumière *la dégénérescence de Schultze*. Cette dégénérescence en virgule tiendrait, d'après les uns, à une lésion de la substance grise, d'après les autres, à une lésion radiculaire. A l'exemple de Schultze, M. Schaffer la rattacha en 1894 à une lésion des branches descendantes des racines postérieures; il croit aujourd'hui que son observation eût plutôt pu servir d'appui à la thèse de la dégénérescence descendante consécutive à une lésion de la substance grise (Déjerine et Sottas, Gombault et Philipp, Tooth et Marie). Tooth dit que la dégénérescence en virgule ne s'observe pas dans la section transverse expérimentale des racines postérieures, et pense qu'il s'agit plutôt alors de la destruction de fibres commissurales. Une observation récente de destruction transverse de la moelle par spondylite prouve la dégénérescence descendante en *virgule* consécutive. Discussion des faits. Voici comment il faut les comprendre. La dégénérescence descendante des cordons postérieurs survient dans le cas de lésion transverse totale de la moelle tout aussi sûrement que dans le cas de lésion des racines postérieures. Puis, les faits anatomiques sont en faveur des fibres radiculaires descendantes dans le cordon postérieur, et l'on constate la dégénérescence de Schultze dans les lésions purement radiculaires Par conséquent la dégénérescence descendante des cordons postérieurs est explicable par une lésion des fibres radiculaires descendantes et l'hypothèse de fibres nerveuses endogènes dans la formation du petit trousseau de Schultze est superflue. Dans la lésion transversale de la moelle de l'homme, les racines postérieures sont toujours simultanément atteintes, quoique dans leur trajet intramédullaire. Cela n'attaque pas l'opinion, d'après laquelle la substance grise donne naissance à des fibres destinées aux cordons postérieurs, car les recherches relatives à la ligature de l'aorte, qui lèse principalement la substance grise, prouvent que les cordons postérieurs sont altérés surtout

dans leur segment antérieur. Mais la forme de la dégénérescence est tout à fait différente dans la ligature de l'aorte et dans la lésion des racines (Singer et Münzer, Schaffer). Il y a donc lieu de formuler que *dans la zone en virgule de Schultze il n'y a que les branches descendantes des racines postérieures* (Schaffer). Il est également possible qu'il y ait aussi des fibres provenant des cellules funiformes de la corne postérieure (Lenhossek, Marie), mais cela n'est pas démontré.

Dégénérescence ascendante. — Nos faits confirment les observations de Pfeiffer, Sottas, Déjerine et Thomas, les études expérimentales de Singer et Münzer, les lois de Kahler et Singer. Les prolongements intramédullaires des racines dégénérées s'échelonnent successivement en dedans, en quittant la zone d'entrée radiculaire, à partir du niveau des racines lésées, vers le bulbe ; les zones qui correspondent aux racines dégénérées de la moelle dorsale supérieure et de la moelle cervicale inférieure sont en dehors de la cloison paramédiane.

Conclusions. — 1° Les observations relatives à la dégénérescence de la deuxième et de la troisième racine dorsale sensitive, ou de la septième racine postérieure cervicale, confirment la loi de Kahler et Singer sur le trajet de la branche ascendante des racines postérieures ; 2° le cordon de Goll paraît simplement, dans la moelle cervicale, limité latéralement par la cloison paramédiane, tandis qu'en avant il n'y a pas de ligne limitante visible. Ici le cordon de Goll contient, outre les racines sacrées et lombaires, les huit racines dorsales inférieures : cette conclusion se tire de la constatation que, dans la dégénérescence des deuxième et troisième racines dorsales, la zone de dégénérescence (abstraction faite d'un très petit coin postérieur de substance nerveuse saine) est immédiatement accolée à la cloison paramédiane ; 3° les raies du cordon postérieur qui correspondent au trajet de quelques racines, ne permettent pas de décider que certains plans longitudinaux exclusifs leur seraient seulement réservés ; les prolongements intramédullaires des racines postérieures se confondent intimement avec les voisins ; 4° les lésions des racines postérieures sont, contrairement aux prétentions de Tooth, Déjerine et Sottas, Gombault et Philipp, très certainement suivies de dégénérescence descendante dans le cordon postérieur ; c'est la dégénérescence en virgule de Schultze qui occupe le milieu du faisceau de Burdach. Celle-ci a déjà cessé au niveau de la racine inférieure la plus immédiate, et est, par conséquent d'un court trajet. La vraie dégénérescence de Schultze est exclusivement produite par la lésion des fibres radiculaires postérieures ; les fibres endogènes n'y prennent (c'est prouvé) pas part. Du reste la dégénérescence de Schultze n'est qu'une fraction de l'ensemble de la dégénérescence descendante du cordon postérieur.

P. Keraval.

XIX. La terminaison des nerfs dans les organes centraux; par L. AUERBACH. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Il s'agit des relations de la cellule nerveuse avec les dernières ramifications cylindraxiles. Dans tous les points du système nerveux central les cellules nerveuses et aussi leurs dendrites sont enlacées d'un réseau à mailles fort épais qui les enveloppe ; il est formé de petites fibres nerveuses qui portent de petits nodules. Ce réseau, par places inextricable, est constitué par les arborescences terminales amyéliniques. La méthode de coloration à l'hématoxyline et à l'argent permet de compter le long des bords des cellules et de leurs dendrites chacun des petits boutons terminaux, de se rendre compte de l'énorme profusion des arborescences terminales de chaque cellule et des plus grands prolongements protoplasmiques correspondants (*Congrès des naturalistes et médecins allemands*. Francfort, 1896). Les nodules bleus sont accumulés autour des cellules en masse bien plus grande que ne l'indiquent les préparations de Held. C'est un vrai réseau qui enveloppe en certains points les cellules comme d'une toile à mailles et prend part à leur approvisionnement d'arborescences terminales.

Les *grosses cellules motrices* sont ainsi encadrées d'une couronne de forts cylindraxes dont une partie doivent leur origine aux arborescences terminales. Les arborescences terminales se rendent ainsi en rayonnant à leurs points d'insertion, souvent après un court trajet. D'autres cylindraxes pourvus de boutonnets terminaux, parmi lesquels ceux que fournissent les arborescences peuvent être suivis sur une longue étendue, sans qu'ils entrent, pendant ce long chemin, en relations avec d'autres fibres nerveuses ; ceux-ci ne fournissent ni lacis, ni réseau à mailles. Enfin, çà et là, au voisinage des cellules nerveuses, un vrai réseau fermé est formé de fibrilles bien plus fines qui, ne s'entrecroissent pas mais s'anastomosent ; dans le système des mailles sont enchâssées de petites varicosités ayant la dimension approchée des boutonnets terminaux qui dessinent les points nodaux. Impossible encore de dire s'il y a une catégorie de cellules pourvues de réseaux terminaux, s'il en existe une autre, n'en ayant pas, si cette organisation, qui paraît concourir à l'égale répartition du courant excitateur de l'influx nerveux, est généralement répandue.

Dans *les cornes postérieures, et plus particulièrement dans la substance gélatineuse de Rolando*, il n'y a qu'un réseau à mailles paraissant ininterrompu, pourvu d'épais renflements très nombreux, de formes irrégulières (Golgi. *Fine structure du système nerveux central et périphérique*, p. 249 et 250).

La *couche granuleuse du cervelet et ses fibres mousseuses* comportent un réseau à mailles diffus, gigantesque par son étendne et sa prolongation à de très grandes distances. Entre les amas de cellules

granuleuses du cervelet, il existe des corps très nombreux, bleus, à contours irréguliers, dont la zone extérieure, plus pâle, se prolonge dans un plexus formé de fibres nerveuses mille fois anastomosées, tandis que le centre à bords dentelés ou projeté en rameaux touffus se détache de la zone en question à l'état de noyau beaucoup plus foncé. En réalité ce sont des fibres mousseuses à deux zones, une zone externe, et une zone interne. La zone interne (objectif à immersion de Siebert apochromatique de 2 millimètres, ap. 1,30, oculaire 18) contient des mailles bleu foncé, assez larges, formées de tractus de fibres relativement assez gros et à points nodaux qui représentent des épaississements proportionnellement volumineux ; à l'intérieur de ces mailles existe une substance un peu moins bleue, épaisse, vague, dont l'accumulation à la région centrale de l'organe qui nous occupe contraste avec la zone bleu clair externe. La zone externe, probablement moins riche en substance tingible, incomparablement plus transparente, ressemble à un fin tissu à mailles plus lâches, s'étend par son bord externe, sous forme de voile membraneux clair qui, tantôt enveloppe partiellement une cellule granuleuse, tantôt pénètre entre les amas de granulations et entoure simultanément plusieurs cellules. Ce même tissu de la zone externe glisse au-dessus des fibres détachées du réseau sus-décrit, qui, par suite paraissent enlacées dans cette membrane ténue à l'état d'entrelacement rétiforme. Ces tractus membraneux qui portent les réseaux de fibres nerveuses se déploient à travers la couche granuleuse formant un système continu. Il est fréquent de voir les corps mousseux confondre leurs mailles sans intermédiaire de longues fibres nerveuses. Ces membranes se collent très intimement aux voûssures des amas de granulations, ce qui fait supposer que la zone centrale des renflements mousseux constitue des organes terminaux, sans cependant qu'on puisse les comparer aux terminaisons cylindraxiles. En effet du réseau des mailles repartent de fines fibrilles ayant tous les caractères de vraies terminaisons nerveuses puisqu'elles s'ajustent au corps des cellules granuleuses au moyen des boutons terminaux typiques.

La *théorie du contact* de Ramon y Cajal et Kœlliker ne paraît pas devoir être remplacée par la théorie de l'adhérence de Held. Car nulle part, on n'observe de passage ininterrompu du protoplasme des terminaisons nerveuses et des cellules nerveuses. Les coupes les plus minces à la paraffine montrent une limite linéaire tranchée entre les fibres nerveuses amyéliniques et la cellule nerveuse. D'autre part il est certain que les terminaisons nerveuses ont une structure plus ou moins grenue, les granules en sont très fins et paraissent cimentés par une substance intermédiaire qui les empêche de se distinguer les uns des autres. Tandis que la cellule se compose de rayons à mailles. Ces rayons, comme ceux d'une

ruche, sont remplis d'un neurohyaloplasme. Mais nulle part la substance fondamentale de la cellule n'est en rapport continu avec les terminaisons cylindraxiles. Il n'y a donc pas adhérence. Les arborescences terminales agissent, par le coussinet de leurs boutons terminaux, sur le protoplasme de la cellule nerveuse d'une manière que nous ignorons; les boutons terminaux s'appuient, s'appliquent intimement sur la surface de la cellule. Mais s'il se fait une union physiologique, il n'y a pas adhérence anatomique. Impossible non plus de songer à un mouvement amiboïde puisque les arborescences terminales ne jouent pas sur les cellules et les dendrites. Se fait-il pendant la vie une modification moléculaire portant à la fois sur les boutonnets terminaux et les cellules. Se forme-t-il une unité fonctionnelle de ces deux éléments malgré la persistance de la discontinuité anatomique? Nous ne savons.

La théorie du *treillis élémentaire* formé *par les fibrilles primitives* (*neuropil*) d'Apâthy et Bethe n'est pas davantage admissible. La structure de la substance fondamentale de la cellule est bien réticiforme et en rayons analogues à ceux d'une ruche. Mais la cellule nerveuse des animaux supérieurs n'est pas un simple endroit de passage des fibrilles primitives se rendant, sans perdre leur individualité, au neuropil. Les boutonnets terminaux sans nombre de n'importe quelle grande cellule et ses dendrites qu'on peut aisément suivre, montrent qu'il faut, dans les éléments qui revêtent les nerfs comme d'un épais feutrage, chercher les organes qui, au sein des cellules mêmes, produisent une activité soit en exerçant une influence directe sur le corps de la cellule, soit en agissant sur les dendrites centripètes et récepteurs de l'excitation. Assurément les fonctions du système nerveux prennent, chez les animaux supérieurs au moins, leur source dans la multiple variation des états d'éréthisme de ces éléments, accompagnés de la participation active du protoplasma cellulaire; dans la combinaison inséparable des arborescences terminales d'une part, des cellules nerveuses et des dendrites d'autre part. P. KERAVAL.

XX. **Observation de sarcôme de la dure-mère spinale. Contribution à la connaissance des dégénérescences secondaires, consécutives à la compression de la moelle**; par F. QUENSEL. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1898.)

Interruption transversale de la moelle incomplète, siégeant à peu près à la hauteur ou immédiatement au-dessus d'une gibbosité de la colonne dorsale, gibbosité dont la pointe occupait la huitième apophyse épineuse. Il y avait douleur à la pression sur les côtés de cette région. Certains symptômes permettaient de spécifier la hauteur exacte de l'interruption. C'était d'abord une *anesthésie totale* au niveau du dixième et d'une partie du neuvième segment

dorsal qui indiquait que le maximum de la compression siégeait en cette dernière région. Mais la compression devait remonter au huitième segment dorsal, car l'anesthésie était partielle dans le domaine de ce dernier. On constatait par contre une hyperesthésie caractéristique de l'atteinte de la septième racine postérieure de la moelle.

Quelle était la nature de la compression? Un traumatisme ancien suivi, longtemps après, d'accidents paralytiques et de troubles de la sensibilité lents et symétriquee, rapproché de l'existence actuelle d'une gibbosité faible, comparée à la compression, permettait de croire à une affection tuberculeuse de la colonne vertébrale. Cette gibbosité disparaissait complètement par un changement de position, de sorte qu'il était difficile de lui rattacher directement l'interruption spinale. Mais il n'y avait aucun autre signe d'affection tuberculeuse, et par contre les symptômes constatés ne pouvaient point être considérés comme appartenant à une tumeur : ils pouvaient tout aussi bien tenir à une carie vertébrale. Bientôt l'état général devenait inquiétant. Insuccès du traitement anti-syphilitique, cystite incurable, fièvre rémittente; accidents gangréneux au sacrum. Le malade demandant une opération, on la pratiqua. Et c'est alors qu'on trouva une tumeur occupant le niveau des septième et huitième vertèbres dorsales; du volume d'un œuf de pigeon, elle siégeait en arrière et sur les côtés de la dure-mère, absorbait les septième et huitième racines sensitives, pénétrant avec la septième de chaque côté dans le trou intervertébral. La dure-mère était du reste normale au-dessus et au-dessous de la tumeur, présentant simplement quelques pulsations au-dessus. L'énucléation se fit aisément : il fallut seulement réséquer la septième racine, la moelle n'étant ni enserrée ni modifiée dans sa consistance. Le malade mourut de septicémie.

Autopsie. Ramollissement de la moelle limité au niveau des neuvième et dixième segments sur une étendue de 2 centimètres. Dégénérescence ascendante des faisceaux de Goll, indistincte des faisceaux latéro-cérébelleux; dégénérescence descendante des faisceaux latéropyramidaux. Au microscope (figures) on constate, au même niveau, la déchéance des fibres myéliniques, l'atrophie et la destruction des cellules nerveuses; abondance de cellules à granulations graisseuses, de cellules-araignées, de vaisseaux dilatés; l'interruption est presque totale. Les dégénérescences sont celles de Hoche (*Archiv f. Psychiatrie*, XXVIII) notamment les dégénérescences *descendantes*.

L'intérêt principal des dégénérescences *ascendantes* réside dans le faisceau de Gowers auquel s'attachent les noms de Patrick, Meynert, Flechsig, Westphal, Lœwenthal, Auerbach, Quensel, Held, Monakow, Mott et les observations cliniques de Bruns, Patrick, Hoche, de Sœlder. Dans notre cas particulier, le faisceau

décrit par de Sœlder provient en partie d'une région placée au-dessous du niveau des neuvième et dixième segments dorsaux ; on ne constate pas d'autres lésions dans la moelle cervicale, mais on a réussi à suivre de ces fibres jusqu'aux cellules du noyau externe de la couche optique ; elles subissent donc, dans l'espèce, une interruption en même temps qu'une partie des autres conducteurs sensitifs. Il est à remarquer que dans un cas de Hoesel, dans lequel un kyste apoplectique ancien avait détruit le corps genouillé interne, la partie inférieure du pulvinar, les parties postérieures du noyau antérieur de la couche optique, notre faisceau était presque seul conservé alors qu'il y avait dégénérescence complète du ruban de Reil. P. KERAVAL.

XXI. De l'oreille interne dans l'anencéphalie; par O. VERAGUTH. (*Neurolog. Centralb.*, XVII, 1898.)

Examen du rocher d'un anencéphale de sept mois. Fixation dans la liqueur de Mueller. Réfrigération. Durcissement dans l'alcool. Inclusion dans la celloïdine. Coupes colorées à l'hématoxyline et à l'éosine, et, en partie, au carmin.

Entre le limaçon et les autres organes du labyrinthe, court, dans le tissu cartilagineux, un mince ruban à raies parallèles. Il est impossible de savoir si les fines lignes qui passent entre les cellules à petits grains sont des fibres nerveuses ou un simple stroma conjonctif ; mais la situation de ce ruban correspond à celle du rameau cochléaire de l'auditif. A l'intérieur de ce tissu, gros et petits amas de cellules nerveuses évidentes dont chacune est séparée du tissu conjonctif environnant par un halo ; on y voit un protoplasma finement grenu, avec un noyau central entouré d'une zone plus claire. Ce sont des cellules nerveuses, bien qu'elles n'aient ni prolongements protoplasmiques, ni cylindraxes, car elles ont un aspect tout à fait semblable à celui des cellules nerveuses de la moelle anencéphale et des ganglions spinaux. Elles tranchent, par leur grandeur, sur le tissu environnant. On en voit également quelques-unes dans le tissu cartilagineux de l'axe du limaçon. Le *ganglion spiral* existe donc. On voit nettement à l'œil nu le limaçon osseux transformé. Le limaçon membraneux a atteint un certain degré de développement. La membrane de Reissner est bien développée, le ligament spiral aussi ; tous deux sont recouverts d'épithélium sur la face qui regarde la lumière du conduit. Pour la membrane, c'est un épithélium à une couche ; pour le ligament, c'est quantité de petites cellules cylindriques. La paroi tympanique, déchirée sur la plupart des coupes dans la partie membraneuse, est, sur d'autres, entièrement continue, du limbe spiral au ligament spiral. Le sillon spiral est nettement délimité. Sur le limbe spiral on voit bien les élevures papilliformes du tissu con-

jonctif, les dents auditives de Huschke, entre lesquelles existent des noyaux clairs à noyau franchement circonscrit. La lame spirale membraneuse est dotée de sa membrane basilaire, de sa couche de revêtement tympanique, de sa couche épithéliale, mais elles sont incomplètement développées. La partie épithéliale du limaçon membraneux a donné naissance à des éléments qui ne fussent pas, ultérieurement, entrés en contact direct avec le nerf lui-même; quant aux cellules auxquelles le nerf cochléaire eût dû envoyer ses expansions terminales, elles ne se sont point différenciées.

P. Keraval.

XXII. Contributions expérimentales et anatomopathologiques à l'étude de l'intoxication chronique par le sulfure de carbone; par G. Kœster. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Expériences sur sept lapins. Intoxication par inhalation pendant quatorze jours, quatre semaines, deux mois, trois mois, trois mois et demi. On prend des animaux en parfait état de santé. Ils gagnent du poids pendant les premiers jours de l'intoxication, puis se maintiennent en équilibre, et enfin diminuent de poids malgré une nourriture bonne et surabondante. Un des animaux, empoisonné pendant deux mois, s'accrut cependant jusqu'à sa mort. Parallèlement à l'amaigrissement, survint une hyperexcitabilité graduelle des muscles aux courants faradiques (expériences régulièrement et mathématiquement conduites); l'hyperexcitabilité longue conduit à la réaction de la fatigue nette du muscle. Puis, cette faiblesse irritable fait, de la sixième à la septième semaine, place à une diminution graduelle de l'excitabilité, surtout marquée chez les animaux devenus valétudinaires. Mais cette hypoexcitabilité n'est pas inférieure à l'excitabilité électrique du début des expériences. La phase d'hyperexcitabilité s'accompagne d'hyperesthésie des membres. Chez deux animaux il y eut ensuite de l'anesthésie des membres mais rien que des pattes. Forte dilatation des vaisseaux de la tête, rougeur intense des oreilles, de la muqueuse nasale, des conjonctives, avec chaleur vive; quelquefois, en sus, catarrhe chronique conjonctival et bronchial. Mydriase avec perte de la réaction pupillaire, parfois permanente (quatre cas), avec inégalité pupillaire continue (un cas). Chaque expérience était suivie de parésie et d'ataxie, pendant une heure ou deux à peu près; la parésie finit par subsister chez deux de ces animaux. On put constater nettement également chez deux patients un état de stupidité consécutif à l'agitation de la période d'hyperexcitabilité et d'hyperesthésie. En résumé le début de l'intoxication se traduit par des phénomènes d'excitation; plus tard apparaissent des phénomènes de déficit.

L'*autopsie* ne révèle pas de lésions splanchniques ni musculaires, pas de névrite. Quelque congestion et quelque ramollissement au

cerveau et à la moelle. Les *cellules sont dégénérées*. Les *cellules* des *ganglions spinaux* présentent en effet une dilatation de l'espace péricellulaire, des échancrures et dentelures du noyau, par chromatolyse du protoplasma qui se vacuolise autour du noyau. Celui-ci se recroqueville ou la membrane du noyau se détache, ce qui peut arriver au nucléole également. De sorte qu'à un moment donné, toute la cellule s'émiette et se fond en un espace presque vide. Les mêmes altérations existent dans *les cellules des ganglions du grand sympathique*. En ce qui concerne les *cornes antérieures*, la chromatolyse commence par les prolongements protoplasmiques des dendrites des cellules qu'elle brise, ou bien elle monte dans la cellule même. Finalement tous les prolongements sont détachés et des restes rares et épais de protoplasma dégénéré, dans l'espace de la cellule dilatée, marquent la place occupée autrefois par une cellule bien développée. Fréquemment les arborescences terminales cylindraxiles qui entourent le corps de la cellule se détachent.

En même temps, les vaisseaux sont remplis et tendus, même les plus petites anses capillaires péricellulaires.

Ces descriptions s'appliquent encore aux cellules de la protubérance, du bulbe, du tronc, des hémisphères, des cornes postérieures, ces dernières étant les moins affectées. Ce ne sont pas des altérations *post-mortem*, car une seule et même espèce de cellules présente des degrés variés de dégénérescence. Ces dégénérescences se voient dans toutes les parties du cerveau, mais surtout dans celles des couches corticales externes d'animaux morts de bonne heure, ou moins fortement intoxiqués. Ces différences disparaissent chez les animaux fortement et depuis longtemps empoisonnés. Mêmes réflexions en ce qui concerne les cellules cérébelleuses géantes de Purkinje.

Pathogénie. — Les troubles de la sensibilité sont donc d'origine centrale, de là leur diffusion. Aux cellules des cornes antérieures, il faut rattacher l'hyperexcitabilité, puis, l'hypoexcitabilité électrique, la réaction de fatigue, les parésies. Aux cellules du cerveau, l'excitation, puis, la stupeur des animaux ; on rapprochera de cette constatation les psychoses polymorphes de l'intoxication chez l'homme, explicables par les dégénérescences cellulaires des diverses couches corticales, dont les lésions permettent de déchiffrer l'incurabilité. En cas d'intoxication faible, prédominance des phénomènes d'excitation, réparation possible des lésions légères, à la condition que le malade ne s'expose plus au sulfure de carbone.

P. K.

XXIII. Le faisceau optique médian du pigeon; par A. Wallenberg. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Dans la bandelette optique de l'oiseau, on distingue un groupe

de fibres médianes, que l'on peut suivre jusqu'à l'extrémité inférieure du cerveau moyen, où il disparaît dans un gros amas, bien limité, de cellules placées sur le côté du noyau du pathétique, que l'on appelle ganglion de l'isthme (Edinger), ganglien optique postérieur (Jelgersma).

Mais, la preuve de l'origine des fibres de ce faisceau dans le ganglion de l'isthme? En détruisant le ganglion seul ou avec d'autres organes tels que le cervelet, le pathétique, les parties supérieures de l'isthme, on en obtient la dégénérescence. La méthode chromo-osmique de Marchi permet de confirmer ce que l'on sait de sa situation à diverses hauteurs du cerveau moyen et du cerveau intermédiaire. Par le ganglion de l'isthme, il fournit, à travers le cerveau moyen et la couche optique, des fibres à l'écorce du lobe optique, à la partie supérieure du corps genouillé thalamique, ainsi qu'à un étroit noyau de cellules assez grosses qui s'intercale entre le noyau rond thalamique et le pôle antérieur du corps genouillé externe. En arrière du chiasma, il se décompose en une quantité de groupes étroits de fibres d'inégale épaisseur; sa masse principale s'avance près de la limite postérieure du chiasma de l'autre côté, tandis qu'une petite partie de ses fibres décrit, sur le côté, un arc de conversion accentué pour se rendre à l'angle homonyme. Malgré cela, ce dernier trousseau semble s'entrecroiser, car on n'en trouve pas de fibres dans le nerf optique du même côté, qui puissent être certainement tenues pour dégénérées. Du chiasma, le faisceau optique médian gagne d'abord le bord externe du nerf optique du côté opposé ; puis, il oblique de haut en bas et de dehors en dedans sous la forme d'une couche grêle qui reste cependant à égale distance de la face supérieure et de la face inférieure du nerf sans s'éloigner de la périphérie externe. L'examen d'une coupe du nerf optique, bien perpendiculaire à l'axe, montre que le faisceau en question est bien un groupe médian à faible excentricité.

L'entrée du nerf optique dans le globe de l'œil a lieu sous la forme d'une étroite tige oblique, toujours dirigée de haut en bas et de dehors en dedans qui appartient presque exclusivement au segment de sphère interne, inférieur et postérieur de l'œil. L'angle que forme la papille avec la perpendiculaire est d'un peu plus de 30°. La tige de la papille et l'éventail qu'elle forme en faisant saillie à l'intérieur du globe de l'œil, décomposent celui-ci en deux compartiments; un compartiment antérieur, interne, supérieur et un compartiment postérieur, externe, inférieur. Or, le faisceau optique médian se répand presque complètement dans le compartiment externe et postérieur, en pénétrant, avec les autres fibres optiques, dans la rétine où il se termine entre les cellules de la couche ganglionnaire. Quelques fibres isolées semblent pénétrer par la couche moléculaire interne jusqu'au voisinage de la couche

granuleuse interne. Chaque cellule est embrassée par les branches terminales, comme par les branches d'une pince. *Le territoire innervé par le faisceau optique médian commence donc bien en dehors de la papille et va jusqu'au voisinage de la macula*, où cesse la couche des fibres nerveuses. En dedans de la papille, on ne constate que quelques dégénérescences éparses.

Le faisceau optique médian vient donc de l'isthme et se termine dans la rétine autour des cellules de la couche ganglionnaire. Dans ce trajet, il fournit aux postes de terminaison centrale du nerf optique (lobe optique, corps genouillé thalamique, noyau à grosses cellules).

D'autre part, l'écorce du lobe optique contient une couche de cellules profondes qui fournissent des fibres de la substance blanche profonde; ces fibres forment quelques rameaux se rassemblant en bas et au milieu en un faisceau compact qui, en avant de l'angle externe de la substance grise des cavités centrales de l'isthme, s'incorpore au faisceau longitudinal latéral, et se dirige en bas ; parvenu à la hauteur du noyau du pathétique, il oblique en arrière et sur la ligne médiane vers le hile antérieur du ganglion de l'isthme autour des cellules duquel il se répand. C'est le *tractus isthmotectal*. Les fibres originelles de ce faisceau dans la substance blanche profonde du lobe optique ne reçoivent pas seulement les fibres terminales du nerf optique, elles reçoivent encore des fibres centrales des noyaux terminaux sensitifs et moteurs.

Le ganglion de l'isthme devient ainsi le centre d'un arc réflexe dont la branche afférente (tractus isthmotectal) transmet les impressions optiques, acoustiques et sensitives d'autres centres aux cellules de ce ganglion; celles-ci les renvoient aux fibres du faisceau optique médian qui représentent la branche efférente centrifuge de l'arc. Le *faisceau optique médian* se terminant dans la rétine et dans les régions centrales du nerf optique, vient apporter et coordonner les diverses impressions, dans le voisinage de la zone de la vision directe ; il renforce ou affaiblit, suivant les besoins, la réceptivité de l'organe de la vue en certains points. C'est un *appareil d'accommodation de la rétine*. P. KERAVAL.

XXIV. **Le bulbe rachidien**; par le professeur MIGNAULT. (*Union médicale du Canada*, n° 5, 1899.)

Début d'une série de conférences ayant pour but d'exposer l'anatomie et la physiologie du bulbe, d'après les dernières données histologiques.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XVII. Un cas de méralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané ; par le Dr Souques.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, très bien portante, d'aspect vigoureux, chez qui revenaient quotidiennement les troubles suivants à l'occasion de la marche et surtout de la station debout : c'est d'abord une sorte de frémissement douloureux qui part de la région rétro-trochantérienne pour se propager en ligne droite vers le triangle de Scarpa. Bientôt cette sensation pénible se transforme en une véritable brûlure qui dépasse la zone précédente en haut et en bas, allant de l'arcade de Fallope à la partie moyenne de la cuisse ; cette sensation de brûlure s'accompagne de douleurs térébrantes extrêmement vives. Chaque paroxysme dure de dix à quinze minutes, rend toute marche impossible, oblige la malade à s'asseoir ou à se coucher. La station assise calme et le décubitus supprime la douleur, qui reparaît dès que la malade se remet debout, de telle sorte que les accès s'imbriquent et que la douleur devient permanente.

En dehors des paroxysmes, il existe au niveau de la région atteinte, une paresthésie persistante, même durant la nuit. Cette situation intolérable a résisté aux méthodes thérapeutiques habituelles.

Pour expliquer la pathogénie de la méralgie, Roth admet une compression du nerf fémoro-cutané. On peut supposer que la compression s'exerce, dans quelques cas tout au moins, soit au niveau de l'arcade crurale. soit au niveau du canal du fascia lata. Dans ces conjectures, la résection du nerf à ce niveau semble rationnelle. Faite dans le cas présent par le Dr Mauclaire, elle a amené une amélioration notable. (*Revue neurologiqae*, juillet 1899.) E. B.

XVIII. Traitement hydrique de l'aliéné ; par le Dr Foster.

L'hydrothérapie devrait être introduite dans les principales écoles de médecine comme une branche régulière des études ; son importance thérapeutique est, en effet, telle qu'elle devrait être utilisée aussi largement que possible par tous les praticiens en général et non pas rester exclusivement dans les mains du spécialiste.

En ce qui concerne les aliénés, il n'y a pas de meilleur moyen connu d'agir sur les modifications nutritives intracellulaires pré-

coces de la folie, que celle-ci soit le fait d'un effort fonctionnel, du surmenage ou d'une influence toxique.

Sur 84 malades que l'auteur a traités par l'hydrothérapie, dans l'année, 20 étaient atteints depuis moins d'un an ; de ceux-ci, 7 ont guéri, 3 sont très améliorés et 4 améliorés notablement ; parmi les 7 guéris il y avait 3 cas de manie aiguë, 2 cas de confusion mentale, un cas de mélancolie aiguë et un cas de morphinisme. Sur 35 aliénés divers traités par l'hydrothérapie il n'en est pas un qui n'en ait obtenu de bons effets.

L'auteur insiste sur l'épilepsie et la paralysie générale.

Il est à remarquer, pour l'épilepsie, que l'amélioration est moins marquée dans les deux ou trois premiers mois que plus tard ; il faut être prévenu de cette particularité sous peine de considérer comme nuls les effets de l'hydrothérapie qui sont cependant très appréciables comme l'indique le tableau des 11 cas cités dans le travail. Quant à la paralysie générale, il n'existe pas de meilleur témoignage de l'efficacité du traitement hydrique sur le cerveau que dans cette affection. Sur 21 cas traités par l'hydrothérapie, 6 étaient, au bout de l'année, en rémission complète. (*The American Journal of insanity*, avril 1879 [1].) E. B.

XIX. Bains froids dans le delirium tremens ; par M. M. Letulle. (*Presse médicale*, 8 juillet 1899.)

M. Letulle rapporte l'observation d'un malade atteint de delirium tremens, qu'il a traité avec succès par la balnéation froide. Ce mode de traitement, qu'il a appliqué antérieurement dans deux autres cas, ne lui a donné que des résultats favorables. Aussi estime-t-il que, de toutes les méthodes employées contre cet accident suraigu de l'alcoolisme, la méthode de Brand est la plus sûre et la plus efficace. A tout delirium tremens, dit-il, il donnerait sans hésiter, et cela en toute sécurité, et il réitérerait des bains froids à 18°, dix à quinze minutes durant, toutes les deux ou trois heures, suivant la gravité du cas, jusqu'à cessation complète et définitive du délire et de l'hyperthermie. En agissant ainsi, il supprimerait « la barbare camisole de force, ce moyen homicide par excellence ». A. F.

XX. Syndrome goitre exophtalmique survenu chez un goitreux. Guérison par l'électricité ; par MM. Veslin et Leroy. (*Presse médicale*, 14 juin 1899.)

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de trente-sept ans, fils et frère de névropathes, très impressionnable lui-

[1] Depuis *vingt ans*, nous employons dans le service des enfants de Bicêtre, les bains, les douches et les bromures, les purgatifs, d'une façon méthodique, et nous y insistons dans chacun de nos *Comptes rendus*. B.

même et alcoolique, chez qui l'usage de la bicyclette amena en 1894 la production d'un goitre. A la suite de courses longues et rapides, se manifestèrent subitement, en août 1897, un ensemble de signes réalisant bien nettement le syndrome du goitre exophtalmique : douleur précordiale, palpitations, tachycardie, éblouissements et sensation de congestion céphalique, augmentation brusque de volume du goitre, tremblement des doigts et même du membre supérieur en entier, vitiligo, irritabilité et surexcitation nerveuse, etc. A aucun moment, il n'y eut d'ophtalmie. Le diagnostic du syndrome goitre exophtalmique fut confirmé par la constatation d'une diminution considérable de la résistance électrique. Le traitement institué fut le suivant : Suppression des boissons alcooliques, de la bicyclette et de toute fatigue; douches froides; deux électrisations par semaine, faites de la manière suivante : une large électrode étant fixée sur la nuque du malade, la petite ampoule était promenée sur la région carotidienne et sur le goitre dans son ensemble. Les résultats du traitement furent d'abord négatifs et on dut augmenter le nombre des électrisations et remplacer les douches froides par des douches tièdes quotidiennes. Au bout de deux mois et demi environ, une amélioration notable se produisit. Mais une émotion violente (frayeur) amena instantanément une rechute. Le traitement dut être repris; sous son influence, les symptômes du goitre exophtalmique ne tardèrent pas à rétrocéder, le goitre diminua, les palpitations disparurent, le sommeil redevint normal; le pouls tomba à 100 pulsations. Un léger tremblement et des taches de vitiligo persistèrent. Huit mois plus tard, l'état du malade continuait à être très satisfaisant, mais le goitre subsistait toujours. A. F.

XXI. **Des injections sous-arachnoïdiennes**; par M. A. Sicard. (*Presse médicale*, 17 mai 1899.)

Il est cliniquement établi que l'on peut introduire dans le liquide céphalo-rachidien de l'homme, par la voie lombaire, des sérums ou des substances salines, en quantités relativement assez grandes, sans amener de réaction méningée vive et surtout persistante. La diffusion, à travers toute la masse du liquide céphalo-rachidien, des substances injectées en petite quantité dans la cavité sous-arachnoïdienne lombaire et surtout cérébrale, s'opère lentement; en règle générale, le maintien de la substance active au niveau des centres et des racines médullaires lombaires et son échappée vers les centres nerveux supérieurs, restent subordonné à sa nature, à sa densité, au taux de la dilution, à la quantité et à la rapidité de l'injection. Au point de vue thérapeutique, la voie sous-arachnoïdienne permet l'action directe et locale plus ou moins persistante d'un agent médicamenteux sur les centre nerveux sous-

jacents; elle favorise, dans certaines conditions, la dissémination de cet agent actif à travers tout l'axe nerveux cérébro-spinal. Mais la valeur de cette méthode thérapeutique n'est pas encore définitivement fixée et la plus grande prudence s'impose, du moins pour le moment, dans son application. A. FENAYROU.

XXII. De la méthode de traitement de l'épilepsie de Flechsig; par LCHRŒDER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F., IX, 1898.)

Etude à l'aide de 24 observations. On commence à administrer 0,10 d'opium brut par jour en augmentant tous les six jours de 0,10 jusqu'à 0,80. On donne alors 0,80 pendant 10 jours. Tout à coup on suspend l'opium et on donne d'emblée 10 grammes de bromure (mélange d'Erlenmeyer). Chaque malade a pris ainsi en quarante-cinq jours 22 grammes d'opium pur. Jusqu'à la dose de 0,40 on administre l'opium en deux fois, de 0,50 à 0,80 on l'administre en trois fois; à partir de 0,70 on couche le malade, on l'alite aussi quand on passe de l'opium au bromure. On a soin de bien alimenter, de donner des lavements préventifs et de bien surveiller. Telle est la perturbation apportée dans l'économie que les malades perdent considérablement de poids. On a dit que la capacité de résorption de l'intestin était modifiée par l'opium et que, grâce à cela, les doses de bromures étaient ainsi plus efficaces. En tout cas, six semaines après la suspension de l'opium, sous l'influence de la médication bromurée seule, le poids du corps croît sans exception.

De l'étude des accès et de leur nombre, M. Schrœder formule que les observations des divers observateurs ne sont pas comparables entre elles, que les siennes sont également insuffisantes pour qu'on puisse proposer *ne varietur* une méthode si énergique et espérer un succès définitif. Elle paraît cependant indiquée chez les individus jeunes n'étant épileptiques que depuis peu. En tout cas elle est exclusivement propre à des hôpitaux ou à des asiles, car elle est dangereuse. P. KERAVAL.

XXIII. Contribution au traitement de la myotonie; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1898.)

Heureux effets de la gymnastique médicale et du massage dans le traitement de cette maladie chez un médecin de quarante-six ans en même temps goutteux. Sous l'influence de ces pratiques, les mouvements involontaires disparurent presque complètement et la santé s'est améliorée. Naturellement l'eau de Vichy et les bains sont venus à la rescousse.

Mais la myotomie ne serait-elle pas l'effet d'un trouble dans la nutrition du muscle puisqu'on trouve chez ces malades, même non

podagres, des altérations de l'urine et que leurs muscles révèlent une hypertrophie des fibres musculaires devenu spisoïdes, ayant perdu leurs stries transversales, ainsi qu'une multiplication des noyaux du sarcolemme. Le massage et l'exercice, si salutaires dans l'espèce, augmenteraient les échanges nutritifs du muscle, le débarrasseraient de ses poisons et par suite de cette tension qui le contracture. P. KERAVAL.

XXIV. **Abus d'éther dans la Prusse Orientale**; par SOMMER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Les classes pauvres de cette partie de la Prusse et de la Russie contiguë, surtout les Lithuaniens, remplacent l'alcool par l'éther. Depuis longtemps la liqueur d'Hoffmann est la grande panacée de la région, mais c'est depuis 1887, époque à laquelle on a élevé le prix de l'eau-de-vie, que la consommation en a considérablement accru. L'alcool qui sert à la fabrication de l'éther étant exempt d'impôt, l'éther sulfurique coûte meilleur marché que l'alcool. Dans le cercle de Memel, le litre d'eau-de-vie vaut 1 mark 30, celui d'éther 1 mark (1 fr. 25) et il provoque, avec une sensation de chaleur plus rapide, une ivresse plus agréable. On y a consommé, tant en ville qu'à la campagne, officiellement, 8620 litres d'éther en 1897. Dans le cercle d'Heydekrug, le détail au petit verre en est quadruple au moins de celui de l'eau-de-vie à laquelle l'éther est d'ordinaire mêlé dans la proportion de 1 à 2 ou 1 à 3; on consomme aussi de l'éther pur dont on pourrait boire jusqu'à 25 centil. en une fois. Quand on parcourt le marché hebdomadaire de Memel on sent l'haleine éthérée des marchands et l'on constate, en ville et ailleurs, la présence d'un bien plus grand nombre d'ivrognes éthérés qu'autrefois. L'éther semble causer la cirrhose hépatique et rénale, l'athéromasie, la dégénérescence graisseuse du cœur et d'autres viscères. Les propagandes en faveur de l'abstinence sont demeurées infructueuses. L'Etat a pour devoir de classer l'éther parmi les produits pharmaceutiques prohibés sans ordonnance médicale, et d'en augmenter l'impôt.

P. KERAVAL.

XXV. **Tabes et paralysie générale dans leurs rapports avec la syphilis; proposition thérapeutique**; par ADLER (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898).

Il existe un grand nombre d'altérations morbides produites par la syphilis qui ont pour caractère la sclérose. La syphilis produit ainsi la cirrhose de l'appareil respiratoire, l'artériosclérose, la myocardite interstitielle, la cirrhose du foie, des reins et du testicule, l'atrophie du nerf auditif et surtout du nerf optique, le tabes

et la paralysie générale. Strumpell désigne le tabes et la paralysie générale sous le nom d'affections, para, méta ou post-syphilitiques, qui sont à la syphilis ce que les maladies nerveuses épiphénoménales sont aux maladies infectieuses aiguës, exemples : les paralysies et ataxies post-diphtéritiques qui succèdent aux diphtéries pharyngées préalables. Mais la plupart des affections tabétiques progressent continuellement, il est cependant possible de s'expliquer cette marche progressive quand on range le tabes et la paralysie générale sur le même rang que les manifestations secondaires ou tertiaires de la syphilis. Pourquoi donc alors le mercure donne-t-il de si piteux résultats ? Nous savons que les accidents tertiaires ne cèdent pas aussi promptement au mercure que les accidents secondaires, et qu'il nous faut, pour eux, associer l'iodure de potassium au mercure. C'est pourquoi, pour combattre ces lésions scléreuses d'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale, on doit au mercure associer le *protargol* qui est une combinaison chimique de l'argent à une matière proteique. Il est bien supporté à la dose de 1 à 3 grammes par jour (Neisser); on commencera par 0,30, trois fois par jour, en pilules, poudre ou solution et l'on arrivera graduellement à 3 grammes. P. K.

XXVI. **Contribution à l'étude des phénomènes paralytiques dans les inoculations pasteuriennes**; par L. O. Darkschewitsch. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1998.)

1° D'abord, le développement d'accidents survenus chez les malades, doit-il être attribué aux inoculations qui ont été pratiquées contre les morsures *rabiques ?*

Il n'y avait pas d'*autres causes* d'accidents paralytiques en dehors des inoculations en question. La première observation est topique. Il s'agit d'un individu en parfaite santé jusqu'aux inoculations, dans le passé le plus immédiat duquel on ne trouvait rien qui pût expliquer les accidents paralytiques; point d'excès alcooliques, point de syphilis. — Une seconde observation est celle de diplégie faciale ; on ne lui trouve aucune cause ; ni syphilis, ni affection auriculaire ; point de signe de lésion des méninges à la base, de lésion de la protubérance. Et d'ailleurs ce n'était pas la marche d'une de ces diplégies-là. On ne peut songer à des excès d'alcool : ni à l'époque du développement de la diplégie, ni à la suite de la disparition de la paralysie faciale, on ne constata de lésions d'autres nerfs périphériques. Et la diplégie *à frigore* ? c'est une maladie très rare à Kasan ; depuis cinq ans, l'auteur n'a pas vu un seul cas de diplégie faciale rattachable à une polynévrite primitive et isolée. Les inoculations antirabiques sont très probablement en rapport avec le développement, en l'espèce, de la diplégie faciale.

Dans les deux observations en question, il y avait polynévrite; donc les accidents polynévritiques, consécutifs aux inoculations antirabiques, peuvent être tout aussi bien produits par une myélite que par une lésion du système nerveux périphérique.

2° Les accidents paralytiques consécutifs aux inoculations sont-ils bien dus à l'inoculation ? Ne pourraient-ils résulter de l'*intoxication rabique* elle-même ?

Les *inoculations peuvent en être la cause unique*, car, dans la seconde observation, le chien n'était pas notoirement enragé ; on n'avait inoculé que par mesure prophylactique. Mais il est impossible de comprendre la raison pour laquelle les inoculations entrainent des paralysies puisque le malade fut inoculé en même temps que deux de ses parents, et que seul il fut paralysé.

Dans les deux cas, les accidents paralytiques suivirent très rapidement les inoculations. Ils apparurent chez le premier malade cinq jours après la fin des vaccinations, huit jours après chez le second malade. Dans les deux cas, en revanche, la paralysie fut légère et le processus polynévritique, qui ne se propagea pas partout, ne fut pas très marqué. P. Keraval.

XXVII. De l'importance des médicaments cardiaques dans le traitement de l'épilepsie; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralb.*, XVII, 1898.)

L'auteur aurait guéri des épileptiques invétérés, jusqu'alors incurables, par l'association de l'*adonis vernalis* aux bromures. Il donne une observation qui concerne un homme de vingt-quatre ans pour lequel on réclamait la trépanation. Au commencement de novembre de 1892, de hautes doses de bromure demeurant sans résultat, il ordonne :

Infusion d'adonis vernalis	2 p. 180 colat.
K. Br.	12 grammes.

Six cuillerées par jour.

Un mois plus tard survient encore une attaque mais moins forte. Il porte la dose d'adonis à 2,80 p. 180 et ne touche pas à la dose de KBr. Continuer 6 cuillerées par jour. A partir de ce moment, disparition de toute espèce d'accidents épileptiques. Jusqu'en novembre 1896, le jeune homme se porte bien et peut passer son baccalauréat. Pendant ce laps de temps il a eu la scarlatine, et, pendant deux à trois mois, il a cessé le mélange; tout s'est bien passé. A partir de novembre 1896 on suspend l'adonis et l'on continue le KBr par simple convenance morale. Voilà donc trois ans et demi que l'épilepsie a disparu.

Quand il y a propension à la diarrhée, on ajoute de la codéine. S'il survient de la constipation, on donne simultanément de la tein-

ture de rhubarbe, des pilules de rhubarbe, ou un peu d'aloès. La codéine est encore indiquée quand les attaques sont accompagnées d'une extrême irritabilité sous forme d'excitation ou de dépression. Un bon succédané du mélange formulé plus haut est :

Infusion de digitale		0,50 à 0,75 p. 180 colat.
Na Br et K. Br.	ââ	6 à 8 grammes.
Codéine		0,15 à 0,20

Il repose du goût amer de l'adonis, a parfois une indication symptomatique spéciale (palpitations), n'a pas d'action cumulative et réussit quelquefois quand on n'a rien obtenu de l'adonis.

Outre l'action sédative exercée par ces mélanges sur la circulation souvent troublée des épileptiques (accélération cardiaque, aura cardiaques), ce sont des diurétiques qui éliminent, par conséquent, les toxines et autotoxines épileptogènes.

L'adonis est vaso-constrictive. Or, au moment de l'attaque, il y a afflux de sang vers l'encéphale et dilatation des vaisseaux de celui-ci (Todorski, Borichpolski); sans doute elle resserre aussi les autres vaisseaux de l'économie, mais il est permis de croire qu'elle agit ainsi favorablement sur des organes tels que le foie qui pourraient bien également être en rapport avec l'évolution de l'épilepsie.

Ces médicaments cardiaques paraissent faire supporter plus facilement les bromures. Ces mélanges agissent encore favorablement dans la neurasthénie et dans d'autres troubles fonctionnels généraux accompagnés de palpitations de cœur nerveuses.

P. Keraval.

XXVIII. **Traitement du « spina bifida » par l'incision suivie de la fermeture du canal rachidien**; par M. Yelverton Pearson (de Cork). (*British med. Journal*, novembre 1898.)

Les particularités de cette opération résident dans la position donnée à l'opéré, dans la direction de l'incision et dans la dissection complète de la poche, sans permettre au liquide de s'écouler.

Ce procédé s'applique surtout aux cas de méningomyélocèle et l'auteur préconise un large drainage post opératoire. Deux photographies accompagnent ce travail. A. M.

XXIX. **Symptômes consécutifs à la ponction lombaire dans le tabes dorsal**; par le Dr Warren Babcock.

L'abaissement de la pression intra-cranienne par la ponction lombaire dans la paralysie générale et l'amélioration de l'ataxie dans plusieurs cas ainsi traités ont suggéré l'essai de cette ponction dans le tabes dorsal.

L'auteur en rapporte trois cas :

Dans le premier cas, tabes dorsal au stage paralytique, il y avait évidence clinique d'un excès de liquide cérébro-spinal. Après la ponction, au lieu d'une paralysie complète, il n'y a plus qu'une ataxie modérée et les symptômes physiques s'améliorent.

Dans le second cas, tabes dorsal au stage ataxique, il n'y avait pas d'évidence d'augmentation de la tension intra-durale, le diagnostic était rendu douteux par des fractures multiples et l'état mental du malade. Aucune amélioration de l'ataxie.

Dans le troisième cas, tabes dorsal à la période pré-ataxique, la ponction fut purement expérimentale et les effets consécutifs tout à fait négatifs, les analyses bactériologiques et chimiques furent négatives dans tous les cas.

De nouvelles expériences sont encore nécessaires pour déterminer la valeur réelle de cette méthode. (*The American journal of insanity*, avril 1899.) E. Blin.

XXX. **Traitement médical de l'épilepsie**; par le Dr Hughes.

Le traitement de l'épilepsie ne consiste pas seulement à empêcher le retour des crises mais encore à porter remède aux causes et conditions qui amènent ces crises.

Il est probable que l'auto-intoxication joue un grand rôle dans la production du paroxysme épileptique : la réputation que le nitrate d'argent s'était acquise dans le traitement de l'épilepsie tenait à la propriété qu'il possède de détruire les toxines intestinales.

Le traitement rationnel de l'épilepsie consiste à soigner le malade tout entier au moyen de tous les agents, de toutes les conditions, mentales ou physiques, qui relèveront son tonus nerveux, amélioreront sa stabilité nerveuse surtout dans les couches psychomotrices du cerveau, et favoriseront son bien-être général.

Si les symptômes du grand mal sont relativement simples, son étiologie est souvent un problème complexe : les états goutteux, arthritiques, névropathiques, syphilitiques, paludéens, etc., doivent être présents à l'esprit lorsqu'on étudie l'épilepsie et les maladies épileptoïdes.

Emploi alternatif des bromures combinés et d'un seul bromure, désinfection du tube digestif, digestion parfaite de son contenu, retour de l'organisme dans les voies physiologiques de son action partout où il en est sorti ; telle est la base scientifique et clinique du traitement.

Tout le succès du traitement consiste dans le ménagement rationnel de la convulsion, tandis que c'est une faute de rechercher uniquement la disparition des crises, car l'épilepsie a aussi des aspects alternativement vertigineux, somnambuliques, psy-

chiques et impulsifs, toute une cérébropathie, une neuropathologie secondaires qui englobent souvent plus que le cerveau dans la maladie. (*The alienist and neurologist*, janvier 1899.) E. B.

XXXI. **Un cas de tic traité par suggestion; par M. le Dr Féron.** (*Journ. de Neurologie*, 1899, no 13.)

Il s'agit d'un tic du bras droit, du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze et du deltoïde empêchant tout travail et qui fut traité par la suggestion indirecte (iodure, pointes de feu) et par une sorte de rééducation de la volonté et du pouvoir inhibiteur au moyen de mouvements lents des membres supérieurs. L'amélioration a été assez considérable pour permettre au malade de reprendre ses occupations. E. B.

BIBLIOGRAPHIE.

XI. *Archives d'anthropologie criminelle, de psychologie normale et pathologique*. A. Lacassagne et G. Tarde, directeurs; années 1898 et 1899. Éditeurs : Storck à Lyon; Masson et Cie à Paris.

1° *Le tatouage médical en Egypte dans l'antiquité et à l'époque actuelle;* par le Dr Fouquet. — Le Dr Fouquet ayant enlevé les bandelettes d'une momie de jeune Égyptienne de la XIe dynastie, observa sur le ventre des cicatrices linéaires saillantes, résultats de scarifications, se détachant sur le fond bistré de la peau, les unes en bleu, les autres en blanc. Il veut voir dans ce tatouage, une pratique médicale, un mode de traitement. Nous savons, par des statuettes découvertes par M. de Morgan dans des tombeaux prépharaoniques, que les plus anciens Égyptiens connus, du moins certains d'entre eux, connaissaient le tatouage ornemental. De sorte que je ne vois pas pourquoi le tatouage qui couvre tout le ventre de la momie dépouillée par M. Fouquet, ne serait pas purement ornemental comme les tatouages observés de nos jours sur les mêmes parties du corps, chez des sauvages. Cependant M. Fouquet s'est assuré que de nos jours, en Égypte, diverses affections sont traitées par de petits tatouages exécutés sur les parties ou au voisinage des parties malades. Des femmes de petites tribus nomades, comparables à nos tziganes par leur misérable façon de vivre, parcourent les rues en criant : *Nadokh oua nitaher : — Nous tatouons et nous circoncisons.* — Ceux qui se livrent à elles n'ont

pour but que de se faire imprimer sur le corps des motifs ornementaux. Ce sont en général des musulmans. Chez les Coptes au contraire, les tatouages exécutés par eux-mêmes ont un but thérapeutique. Et c'est pour ce motif, sans doute, les Coptes passant pour descendre des anciens Egyptiens, que M. Fouquet les regarde comme de tradition fort ancienne. Les opérateurs se servent de plusieurs aiguilles, toujours en nombre impair, de trois à sept, unies ensemble, « comme les tuyaux de la flûte de pan ». En suivant les lignes d'une esquisse tracée avec une pointe de bois trempée dans un mélange de noir de fumée et de lait de femme, ils les enfoncent obliquement dans la peau, en y faisant pénétrer ce même mélange. Sur 97 observations relevées par M. Fouquet, les tatouages médicaux avaient été faits 60 fois sur les tempes, 24 sur les reins, 4 sur les pieds, 5 sur le tronc, 1 sur la nuque, etc.

Les maladies qu'ils avaient eu pour but de guérir étaient la migraine et les névralgies, dans 60 cas; les lésions des os et des jointures dans 29 cas; des maladies d'estomac dans 4 cas; des maladies de la peau dans 4 cas; des tumeurs dans 2 cas.

2° *Problèmes de criminalité;* par G. Tarde. — M. Tarde se demande d'abord s'il y a une *loi des transformations de la notion du délit?* Il ne croit pas du tout à l'évolution unilinéaire des sociétés progressistes, pas plus qu'à l'immutabilité absolue des sociétés non progressistes. Il n'y a pas dans la vie des groupes sociaux, *un enchaînement de phases unique réglé une fois pour toutes par une formule d'évolution.* Cependant chez les Ossèthes du Caucase, par exemple, des institutions primitives se sont admirablement conservées. Et d'après l'ouvrage de Kovalevski sur lequel j'ai moi-même le premier appelé l'attention (*Bullet. Soc. anthrop.*, 1896, p. 101), M. Tarde pense que chez eux et chez toutes les nations anciennes à l'état de clan, le crime était conçu non comme un acte individuel, mais comme un fait collectif imputable à toute une famille, ou toute une tribu, — non pas comme la violation volontaire d'un droit, mais comme un simple préjudice matériel.

L'impression que m'a laissée la lecture de l'étude de Kovalevski est que chez les Ossèthes, n'étaient criminels que les actes susceptibles de provoquer la vengeance de quelqu'un. Le premier souci dans chaque famille était de s'assurer un héritier mâle, non pas seulement pour le culte des ancêtres, mais pour avoir en lui un *vengeur*. A l'égard de familles sans vengeur, les actes d'autres familles n'entraînant aucune responsabilité effective, étaient moralement indifférents. La vengeance m'apparaissait donc comme la base même de la notion de criminalité. La loi du talion a d'ailleurs incontestablement un caractère universel.

M. Tarde cependant voit dans cette notion de criminalité basée sur la vengeance et entraînant la responsabilité purement matérielle, objective, d'une collectivité, famille ou clan, un résultat de

l'état de guerre qui existait en permanence entre les clans familiaux, les tribus. Et pour lui, sous le régime familial, les seuls crimes, « *dignes de porter ce nom* », sont ceux commis dans le sein même de la famille, entre parents. Ceux-là restent non vengés. Ils ne comportent pas de réparation matérielle. Mais à eux s'attache une réprobation morale tellement vive parfois, que leurs auteurs sont obligés de s'exiler. « Toujours et partout, dit M. Tarde, même dans notre Europe et de nos jours, il existe une conception collective et tout objective du crime et une pénalité toute vindicative qui lui correspond : dans les rapports des armées belligérantes ou même des partis qui se disputent le pouvoir, la faute, volontaire ou non, d'un seul, rejaillit sur tout son groupe et provoque des représailles militaires ou politiques. Les relations d'armée à armée, de parti à parti, se sont substituées de la sorte à celles de famille à famille, de clan à clan, qu'elles reproduisent en les amplifiant. Mais en même temps, toujours et partout, même dans les époques et les pays les plus sauvages, il existe une conception individuelle et subjective du crime, à laquelle répond une pénalité spirituelle, bien plutôt épuratrice, parfois réparatrice et pénitentiaire, que vindicative; celle-ci est née dans l'enceinte murée de la forteresse domestique..... »

Les transformations de la notion du crime ne seraient donc guère plus qu'une apparence due à l'agrandissement successif du cercle social qui, après n'avoir embrassé que des clans familiaux, embrassent des nations de millions d'hommes.

On peut être séduit par la clarté et la simplicité de ces vues quand on voit, en effet, les rapports entre nations civilisées comme groupes séparés, rester si absolument au-dessous du niveau moral atteint au sein de chacune d'elles. Mais elles auraient besoin d'une démonstration ethnographique. Il y a bien des choses dans la notion de crime et il y a eu des choses bien différentes :

M. Tarde se demande encore « *s'il y a une formule générale, des transformations subies, non plus par la notion même du crime, mais par la nature des actes auxquels cette notion a été successivement attribuée* ». Par ce côté le problème des transformations de la criminalité se saisit plus aisément. Nous savons bien en effet que des actes, naguère envisagés comme les pires des crimes et châtiés atrocement, sont devenus tout à fait indifférents. Et nous prévoyons qu'il en sera de même dans l'avenir de bien des actes aujourd'hui encore réprimés. Il est bien évident qu'une masse de délits dépend de l'état de civilisation et des moyens de les commettre. Mais M. Tarde admet une tendance générale commune dans ces changements, « un ordre constant et irréversible malgré sa multiformité ». Il ne peut pas nous dire si les crimes ont augmenté ou diminué graduellement. Et j'approuve fort sa réserve.

Les conditions climatériques et économiques ont une telle in-

fluence sur la criminalité qu'elles peuvent réduire à rien celle des changements dans l'état de civilisation. La criminalité est comme nulle chez les peuples des régions arctiques. Et chez nous-mêmes dans certains de nos départements agricoles, elle reste très faible, alors qu'elle croît sous nos yeux en intensité et en quantité dans nos grands centres urbains.

Mais au point de vue de la qualité il y a eu une modification générale dans la criminalité, en rapport avec le développement de notre civilisation industrielle. « A mesure qu'un peuple s'urbanise et s'industrialise, dit exactement M. Tarde, sa criminalité devient proportionnellement moins vindicative et moins violente, mais plus cupide, plus astucieuse, plus voluptueuse. »

(*A suivre.*) ZABOROWSKI.

XII. *Lettre à M. Ch. Dupuy sur la création de classes spéciales pour les enfants arriérés;* par BOURNEVILLE. (Publicat. du *Progrès médical*, F. Alcan, éditeur, 1899, un brochure in-8° de 31 pages.)

En France, les amis des jeunes déshérités de la nature, des idiots, arriérés de toutes sortes, se préoccupent vivement de l'issue de la lutte engagée contre l'indifférence des pouvoirs publics, par les partisans des méthodes médico-pédagogiques. M. Bourneville, qui a fait plus que personne pour les enfants mentalement débiles, adresse de temps à autre aux autorités compétentes un appel pressant, documenté. L'opuscule qui vient de paraître indique avec précision ce qui a été fait en Prusse et à Bruxelles dans une voie où les Français « qui eussent pu être initiateurs » ne pourront désormais être qu'imitateurs.

En Prusse, les enfants arriérés au nombre de 2.017 sont répartis en 81 classes spéciales, dans 38 établissements créés en diverses villes. L'éducation physique et technique a une place très importante dans les programmes, on surveille avec soin les progrès de la psychose pour parer aussitôt que possible aux méfaits de l'épilepsie. A Bruxelles, près de la moitié du temps de présence en classe (11 h. 1/2 sur 29 h. 1/4) est consacré à l'éducation physique et aux travaux manuels; les enfants arriérés classés d'abord selon leur attitude en *passifs* et *indisciplinés*, sont répartis en petits groupes aussi homogènes que possible et ne sont soumis au régime commun que dans les deux dernières années de leur éducation. Les résultats obtenus sont déjà probants ; beaucoup d'enfants sortent de ces établissements spéciaux capables d'exercer un métier.

L'opuscule de M. Bourneville, présenté sous forme de lettre au ministre de l'intérieur, et comme réponse à une demande de renseignements émanée du Directeur de l'enseignement primaire en Italie, reproduit *in extenso* les documents communiqués par

M. Bossée, ministre de l'instruction publique en Prusse et par M. Lacroix, directeur de l'École spéciale de Bruxelles. Des tableaux synthétisent un grand nombre de renseignements précis. Cette publication fait souhaiter une fois de plus que des commissions soient instituées pour étudier les moyens d'organiser en France des classes spéciales pour les enfants arriérés [1]. DUPRAT.

NÉCROLOGIE.

Le Dr DAUBY.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr DAUBY, ancien directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence, décédé le 10 août dernier, à l'âge de soixante-six ans.

Edouard Dauby naquit à Saint-Girons (Ariège), le 30 juillet 1833, et commença ses études médicales à Paris. Il entra dans le service des aliénés, en qualité d'interne à l'asile d'Auxerre, alors dirigé par Renaudin. Il s'attacha à ce maître distingué et le suivit successivement à Dijon et à Marseille. S'inspirant de ses idées en médecine mentale, il écrivit sa thèse de doctorat intitulée : *Quelques considérations sur la menstruation dans ses rapports avec la folie*; elle fut présentée et soutenue le 29 août 1866. Dauby s'applique à y développer l'idée émise dans la phrase suivante de Renaudin, qu'il prend pour épigraphe : « La menstruation joue dans la vie de la femme un rôle important dont il ne faut pas exagérer la valeur, mais auquel il faut donner une attention sérieuse comme élément pathogénique assez fréquent de l'aliénation mentale. »

Quelques mois après, le 18 janvier 1867, Dauby était nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau; il n'y resta que deux ans et fut nommé, en 1869, médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse).

Se sentant surtout porté vers les questions administratives, il sollicita et obtint, en 1872, le poste de directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère); il l'occupa pendant près de quatre ans et fut nommé ensuite en la même qualité à l'asile Sainte-Catherine-d'Yzeure (Allier), où il ne fit que passer en quelque sorte, car, le 23 mars 1878, il fut nommé directeur-médecin en

[1] C'est le vœu que nous avons émis nous-même dans notre étude sur l'*Instabilité mentale* et dans un article récent du *Manuel général de l'Instruction primaire*.

chef de l'asile d'Aix-en-Provence. Il prenait la succession du Dr Pontier, fondateur de cet établissement; il continua l'œuvre de son prédécesseur et eut la bonne fortune de la terminer. Nos collègues qui ont assisté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Marseille en avril dernier, et visité la ville d'Aix, ont pu constater qu'il était certes un des mieux compris parmi les établissements d'aliénés. Des défauts, il en a sans doute; mais où est la perfection en ce genre?

En 1884, lorsque le choléra s'abattit sur la Provence, l'asile d'Aix fut un des premiers atteints. Dauby, aidé par son personnel, tint courageusement tête au fléau et parvint à enrayer le mal, à le limiter, non sans des pertes sérieuses.

Dauby, que les questions administratives intéressaient tout particulièrement, a peu écrit : en dehors de sa thèse de doctorat, nous ne connaissons de lui que deux rapports médico-légaux, publiés dans les *Annales médico-psychologiques* (1873 et 1875); son œuvre tout entière est dans le bel asile qu'il a contribué à édifier.

Notre regretté collègue prit sa retraite en mars 1890; il continua de vivre à Aix où il s'était fait de nombreuses relations, grâce à la droiture de son esprit et à l'aménité de son caractère. Rien en avril dernier, où nous le vîmes à la fête si gracieuse qui nous était offerte par notre excellent confrère, M. Ph. Rey, aujourd'hui médecin-directeur de l'asile d'Aix, rien ne permettait de prévoir que la constitution si robuste en apparence de Dauby pouvait être si sérieusement atteinte. Il souffrait en effet d'une affection hépatique et une crise devrait l'enlever, en quelques jours, à Aulus, où il était allé chercher le repos et la santé. (*Annales médico-psychologiques*, sept.)

VARIA.

L'ALCOOLISME.

Un drame qui révèle une cruauté vraiment incroyable s'est déroulé, l'avant-dernière nuit, à Gennevilliers. On découvrait, hier matin, dans cette localité, dans une maison du chemin du Pont, le cadavre d'une jeune femme. Ce cadavre était tout contusionné; il était recouvert de plaies, dont deux, l'une au bas-ventre et l'autre au-dessous de l'œil gauche, semblaient avoir été faites avec un couteau ou quelque instrument tranchant. Des voisins établirent bientôt l'identité de la victime. C'était une chiffonnière, âgée de vingt-neuf ans, et nommée Barbara Rosmance. Aussitôt les soupçons des

voisins se portèrent sur l'ami de la victime, un chiffonnier du nom de Henri Lefèvre, et qui vivait avec elle depuis plus de quatorze ans. Lefèvre fut arrêté; amené devant M. Kien, commissaire de police d'Asnières, il ne tarda point à entrer dans la voie des aveux, et voici, en résumé, le dramatique récit qu'il fit au magistrat :

Avec son amie, il rentrait hier soir, en voiture, à Gennevilliers. Une dispute s'éleva entre eux. Le motif était des plus futiles : il s'agissait d'une pièce de 20 francs. Pour discuter avec plus d'aisance, on descendit de voiture, et, immédiatement, on en vint aux coups. L'homme eut le dessus. Il terrassa la femme, la saisit par les pieds et se mit à la traîner à travers les champs, les haies et les fossés. Parfois il s'arrêtait, raconte-t-il, pour rouer un peu plus sa malheureuse victime. Celle-ci, d'ailleurs, finit par s'évanouir. Lefèvre, un gaillard d'une taille peu commune, la prit, toute dégouttante de sang et souillée de boue, à demi nue, l'enleva et la porta jusqu'à son domicile, peu distant. Il se coucha à côté d'elle.

— Mais vous n'aviez plus votre raison, lui dit le magistrat. — Moi, monsieur, mais j'étais ivre. Et c'est ce matin seulement, à mon réveil, que je me suis aperçu qu'elle était morte. M. Kien a ouvert immédiatement une enquête, et il est établi que c'est bien sur le compte de l'alcoolisme qu'il faut mettre ce drame horrible. Lefèvre, en effet, était ivre à un tel point qu'il ne se rappelait même plus ce qu'étaient devenus son cheval et sa voiture. Ceux-ci ont été retrouvés dans la plaine de Gennevilliers, abandonnés sur la route.

Des constatations médicales il résulte que la femme Rosmance n'a succombé que ce matin, à dix heures, après avoir souffert atrocement toute la nuit. Son corps a été envoyé à la Morgue. Quant au meurtrier, il a été dirigé sur le Dépôt. (*Le Temps*, 1er oct.)

FAITS DIVERS.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les Drs Roques, de Fursac et Manheimer, anciens internes des asiles de la Seine, ont été nommés chefs de la clinique des maladies mentales, à la suite du dernier concours.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1199

Vol. VIII. Décembre 1899. N° 48

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

FOYERS DE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL ET TROUBLES PSYCHIQUES ;

Par le Dr R. CHARON,
Médecin des Asiles publics d'aliénés, directeur de l'Asile de Saint-Alban (Lozère).

I. — L'étude des rapports du ramollissement cérébral avec l'aliénation mentale n'occupe, aussi bien dans les traités de psychiatrie, que dans ceux de médecine générale, qu'une place peu considérable et l'on y rencontre les opinions et les observations les plus contradictoires.

Baillarger signale quelques cas de délire ambitieux, précédé d'accès d'agitation courte et violente, chez des malades atteints de foyers d'encéphalite. Calmeil affirme que ces lésions sont toujours suivies de délire mélancolique.

Cotard et Prévost, dans leurs *Etudes physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral,* déclarent brièvement qu'aux phénomènes physiques « peuvent s'ajouter des troubles intellectuels, tels que du délire, qu'on peut, avant l'attaque, rattacher, comme l'étourdissement, à l'ischémie cérébrale »; mais qu'en résumé, le délire est un symptôme *rare*, qui n'a été mentionné que dans un *très petit nombre d'observations;* que « les troubles intellectuels qu'on observe le plus souvent consistent dans un état de stupeur ou d'affaiblissement progressif des facultés, lorsque le début du ramollissement s'est fait d'une façon graduelle ». Une petite contradiction est à relever dans le mémoire des

auteurs, car elle montre que la question n'a pas été éclaircie : Cotard dit que les troubles psychiques qu'on observe le plus souvent dans les cas de ramollissement cérébral en foyer consistent dans un *état de stupeur* ou d'affaiblissement progressif et, quelques lignes plus haut, il déclare qu'il n'a trouvé du délire nettement accusé que dans un cas (obs. XIX). Or cette observation, d'ailleurs fort insuffisante, au point de vue psycho descriptif, indique nettement un accès transitoire *d'agitation à forme maniaque.*

D'après Luys les lésions du lobe cérébral droit sont presque toujours accompagnées d'une excitation spéciale des facultés émotives. Grasset nous donne plusieurs observations complètes de ramollissement cérébral étendu (écorce et centre ovale), avec troubles maniaques transitoires, correspondant à la période de début du processus nécrobiotique. « Les lésions organiques circonscrites du cerveau, dit Cullerre, peuvent être suivies d'un affaiblissement intellectuel progressif, compliqué ou non de conceptions délirantes, avec des caractères absolument identiques à ceux de la démence sénile. » Pour André, le ramollissement cérébral ne produit pas de troubles intellectuels très marqués et ne se traduit que par de l'affaiblissement intellectuel progressif.

Nothnagel, sur la question des troubles psychiques liés aux lésions nécrobiotiques du cerveau, ne nous apprend qu'une chose, c'est que le résultat, auquel conduit l'analyse de tous les faits cliniques, est *franchement nul.* Un seul résultat positif lui semble acquis (il serait peut-être plus juste de l'appeler *négatif*), c'est que les petits foyers circonscrits, localisés dans la substance blanche du centre ovale, lorsqu'ils se montrent isolés, ne produisent pas de troubles psychiques, quel que soit le segment dans lequel ils siègent et que — tout bien considéré — « c'est un chapitre de médecine mentale qui reste à écrire ».

La formation successive de petits foyers lacunaires dans le cerveau, conduit seulement chez les vieillards à la démence, dit Brissaud, et, quant au diagnostic, « lorsqu'à la suite d'un ictus apoplectique, on voit se produire des troubles psychiques non systématisés, obnubilation définitive de la mémoire, sans troubles moteurs, on a tout juste le droit de suspecter un ramollissement de la région frontale antéro-supérieure ».

Régis déclare nettement que, parmi les lésions circonscrites du cerveau, le ramollissement cérébral est celle qui produit les troubles intellectuels les plus prononcés; que ces troubles comprennent généralement une période prodromique avec tristesse ou *excitation*, hallucinations surtout *visuelles*, suivies d'affaiblissement intellectuel souvent *progressif* et Krafft-Ebing s'exprime ainsi : « Les maladies cérébrales en foyer, si elles n'affectent pas l'écorce, peuvent se produire sans entraîner aucun trouble psychique, mais souvent cette complication a lieu par excitation, pression, dégénérescence secondaire. Le tableau clinique est, dans ces cas, celui de l'imbécillité progressive avec atrophie et *agitation périodique passagère*, causée par des irritations et des troubles de la circulation. »

II. — Les documents recueillis dans la pratique médicale courante, ne paraissent pas devoir éclairer le sujet qui nous intéresse. Le symbolisme suggestif qui s'attache aujourd'hui, dans la littérature et le langage ordinaires, aux mots *ramollissement*, *ramolli*, semble gagner la littérature médicale, au détriment de la rigueur scientifique et il n'est point rare de voir entrer dans les asiles des malades, porteurs de certificats médicaux qui, aussi bien que les enquêtes administratives signalent comme cause de troubles psychiques (non spécifiés d'ailleurs !), un ramollissement cérébral, sans autre indication topographique. Or si les travaux classiques de Virchow, de Charcot et de leurs élèves ont bien définitivement fixé la pathogénie du ramollissement, ce mot ne peut-être considéré comme exprimant un diagnostic anatomo-pathologique qu'à la condition d'être accompagné d'un terme localisant le siège du foyer de nécrobiose.

Chez les aliénés, indiqués à l'admission comme atteints de ramollissement cérébral, dont il nous a été donné de pratiquer l'autopsie, nous n'avons rencontré le plus souvent, que des lésions généralisées résultant d'anémie, d'hyperhémie, d'inflammations, méningées, d'artério-sclérose généralisée ; aucun d'eux ne présentait un véritable foyer de ramollissement.

Au cours de ces dernières années, nous avons recueilli six observations complètes de ramollissement cérébral en foyer, remarquables autant par la localisation des lésions

que par leur étendue. Cinq des malades sont décédées de quelques jours à quelques semaines après leur internement : elles étaient bien en puissance de ramollissement au moment de leur admission dans l'asile. La lésion nécrobiotique n'avait été diagnostiquée pour aucune d'elles avant l'admission.

De fait le diagnostic, ramollissement cérébral est souvent, dans la pratique ordinaire, erroné ou formulé abusivement et il est certain qu'il reste parfois impossible à établir, dans les cas, par exemple, où, malgré une étendue considérable de l'infarctus, il ne se traduit par aucun symptôme clinique localisé du côté des appareils de relation, tandis que, dans la sphère psychique, par suite de l'absence de localisation des facultés intellectuelles, il ne produit que des troubles dont les caractères n'ont pas été, jusqu'à ce jour, différenciés de ceux qui sont le propre des vésanies, des processus inflammatoires aigus ou chroniques, d'évolution ou d'involution.

Existe-t-il un état mental, un enchaînement de troubles psychiques particuliers, dont l'étude puisse conduire ou aider au diagnostic de ramollissement cérébral en foyer? C'est ce que nous avons voulu rechercher dans les observations qui suivent, en laissant de côté tout ce qui regarde la pathogénie de ces différents ramollissements et en restant sur le terrain clinique.

Observation I. — Femme de quarante ans, sans hérédité connue, alcoolique. A été atteinte il y a trois ans de troubles qualifiés « Fièvre cérébrale » par la famille. Les renseignements recueillis près du médecin traitant éclairent très complètement ces accidents déjà anciens. Il s'agissait d'un accès violent d'agitation à forme maniaque s'étant déclaré subitement, avec hyperthermie considérable, céphalée intense, troubles gastriques, mouvements désordonnés et incoercibles, délire chaotique, troubles hallucinatoires terrifiants. Cette agitation ne dure que quatre à cinq jours, ainsi que l'hyperthermie; on s'aperçoit que les facultés intellectuelles sont obnubilées et que la vue est très faible. Un mois après, le médecin constate une cécité double complète (atrophie des nerfs optiques), et un affaiblissement psychique profond. — Il y a huit mois, nouvel accès d'agitation pendant trois ou quatre jours avec les mêmes caractères que le premier, mais avec prédominance d'idées de persécution, et recrudescence des hallucinations visuelles terrifiantes : se voit poursuivie par des hommes.

A l'admission la malade est en état de démence complète. Elle se meut encore assez facilement, mais avec des mouvements ataxiques et du tremblement des extrémités. Cécité complète (atrophie papillaire). État hallucinatoire terrifiant.

Dix jours après l'admission, plusieurs chutes à droite. Agitation très violente pendant vingt-quatre heures. Paroles et cris incohérents. Mouvements épileptiformes, plus accentués à droite. Hyperthermie : 40°,4. Troubles gastro-intestinaux. Saburration des voies digestives supérieures, odeur fétide. Le lendemain : aphasie, état dysplégique plus accentué à droite. Gémissements. Mâchonnement. Gâtisme. Coma et mort, quatorze jours après l'admission.

Autopsie. — Le cerveau présente des zones de coloration très différentes : *les lobes occipitaux sont affaissés*, complètement décolorés, le système vasculaire périphérique est pour ainsi dire disparu et n'est représenté que par des traces de filets complètement vides, la pie-mère n'est pas isolable, la substance grise n'est plus qu'un magma diffluent, qui se laisse entraîner sous un filet d'eau avec la substance blanche sous-jacente. — *Les deux lobes frontaux complets* jusqu'à la scissure rolandique, apparaissent avec une coloration rosée qui tranche sur le reste du cortex ; le gauche est moins pâle que le droit. Il y a encore quelques traces du système vasculaire surtout à gauche, mais la substance grise est ramollie, dissociée et se laisse entraîner sous un filet d'eau. Les autres régions corticales paraissent normales. Les coupes verticales montrent le centre ovale normal dans sa partie antérieure et ramolli dans le système de projection des lobes occipitaux. Athérome très prononcé de tout le système artériel, particulièrement du système de l'hexagone de Willis.

Observation II. — Femme de quarante-neuf ans. Hérédité vésanique et congestive. Aurait eu une fièvre typhoïde il y a six mois, suivie d'accès d'épilepsie. Renseignements pris, il s'agit d'un accès d'agitation très violente, analogue à ceux que nous avons constatés dans l'observation précédente, avec hyperthermie. Saburration et fétidité des voies digestives, mouvements convulsifs généralisés, mais plus accusés à gauche et suivis d'hémiparésie et d'hémi-hypoesthésie du même côté. L'agitation n'aurait duré que cinq à six jours. Douleurs céphaliques.

A l'admission, on constate un état d'agitation avec réactions très violentes, hyperthermie : 38°,5. État hallucinatoire, auto-intoxication. — Deux jours après l'agitation est tombée. Les troubles moteurs, sensibles et sensoriels persistent avec un affaiblissement intellectuel profond.

Huit jours plus tard, nouvel accès d'agitation chaotique pendant douze heures, avec hyperthermie, 39°,3, troubles sensoriels pénibles, particulièrement de la vue et du goût. Contractures du côté

gauche, suivies d'une inertie absolue du même côté avec destruction des sensibilités et des réflexes et diminution à droite. Coma et mort onze jours après l'admission.

A l'*autopsie* on trouve un *foyer de ramollissement intéressant la capsule interne à droite dans toute son étendue* et se propageant vers le centre ovale particulièrement dans sa partie antérieure. Les différences de coloration et de diffluence du magma ramolli indiquent manifestement que la lésion a été constituée par des poussées successives d'ischémie.

Observation III. — Femme vingt-sept ans. Alcoolisme et débauche. A été frappée subitement il y a deux mois d'un accès d'agitation, avec réaction très violente, incohérence bruyante des idées. Hyperthermie. Après cet accès qui a duré de douze à quinze jours, la malade est restée calme, mais paraplégique avec accentuation à gauche et obnubilation intellectuelle.

A l'admission, affaiblissement intellectuel profond, avec hallucinations visuelles terrifiantes. Hémiparésie gauche plus accentuée pour le membre inférieur. Incoordination des mouvements avec maximum à gauche. Tremblement des extrémités des muscles de la face. Déviation de la langue à gauche. Inégalité pupillaire. Convulsions épileptiformes fréquentes, plus accentuées à gauche. Douleurs céphaliques profondes. Escharres fessières. Gâtisme. — Huit jours plus tard, démence absolue, avec persistance des troubles hallucinatoires et attaques épileptiformes fréquentes. Mort dans le coma vingt et un jours après l'admission.

Autopsie. — Ramollissement très étendu du centre ovale de l'hémisphère cérébral droit, formant une cavité bifide en avant et s'étendant à toute la partie supérieure de la substance blanche. La partie postérieure de cette cavité vient jusqu'à la substance grise de la frontale ascendante (moitié supérieure) et ses deux extrémités antérieures s'évasent jusqu'à la substance grise de la partie la plus antérieure des circonvolutions frontales. Il paraît bien que le foyer s'est établi à la suite d'une seule poussée d'ischémie.

Observation IV. — Femme de soixante-huit ans. Hérédité inconnue. Internée il y a plus de quarante ans pour imbécillité. S'était toujours montrée calme, facile à diriger et très active, quand il y a environ douze ans, elle a été atteinte d'un violent accès d'agitation qui est noté sur le registre d'inscription et sur lequel les infirmières peuvent donner des renseignements suffisants. Cet accès très violent n'a duré que quarante-huit heures, s'est accompagné comme dans les cas précédents de fièvre et de céphalée. Les facultés intellectuelles sont restées un peu obnubilées. Il n'a été noté aucun trouble moteur.

En 1892, nouvel accès d'agitation à forme maniaque avec hyperthermie : 39°,3, troubles gastriques. Suburration et fétidité des

voies digestives. Pas de symptômes moteurs. Obnubilation intellectuelle un peu plus accentuée. Continue à s'occuper régulièrement.

Trois mois plus tard, même année, nouvel accès d'agitation qui présente les mêmes caractères que les deux précédents mais dure huit jours, et laisse, après lui un certain degré de parésie et d'hypoesthésie du côté gauche. Un quatrième accès identique aux autres se manifeste en 1893, il dura quatre jours et l'on constate à sa suite un affaiblissement intellectuel profond avec hémiparésie, hémianesthésie intéressant la face du même côté (chute de la paupière supérieure). En octobre 1893, la malade meurt dans une attaque apoplectiforme.

L'autopsie montre un *vaste foyer de ramollissement du centre ovale intéressant tout le lobe frontal droit*. La substance grise corticale paraît intacte. Tout le système de projection des frontales et de la frontale ascendante ne forme plus qu'un magma sanguinolent et rempli de caillots. La malade a succombé à une hémorragie de l'artère striée externe qui a fait irruption dans la cavité ramollie. Après lavage, on distingue parfaitement que la lésion s'est formée de plusieurs foyers juxtaposés, d'avant en arrière. En avant la cavité est décolorée et présente une disposition kystique, en arrière au niveau de la frontale ascendante, les éléments nerveux ne sont pas encore dissociés complètement.

Observation V. — Femme de soixante-douze ans. Antécédents héréditaires inconnus. Alcoolique. Aurait eu il y a deux mois un accès d'agitation violente, avec cris et gesticulations incohérents. Mouvements convulsifs des membres à droite, plus accentués au membre supérieur et suivis d'hémiparésie du même côté.

A l'admission, on constate un affaiblissement physique, avec état parétique des membres droits, plus accentué au membre supérieur. La malade ne profère que des sons inarticulés et se livre à une gesticulation qui, en y regardant de près, n'est pas incohérente, mais a pour but de suppléer à la parole. Elle est simplement aphasique, ne manifeste aucune idée délirante, s'intéresse à tout ce qui l'entoure et se laisse très facilement diriger. On constate seulement un peu d'affaiblissement de la mémoire. Elle réclame par tous les moyens qui sont en son pouvoir, sa sortie qui est décidée. Au moment de quitter l'asile elle meurt subitement par rupture du cœur, six semaines après son entrée.

A l'autopsie : foyer de ramollissement ocreux intéressant le pied de la troisième circonvolution frontale, le tiers inférieur de la frontale ascendante, cortex et substance blanche sous-jacente.

Observation VI. — Femme de cinquante-six ans. Antécédents héréditaires inconnus. Alcoolisme. Est internée pour un accès d'agitation violente avec hallucinations terrifiantes et fièvre qui a dis-

paru au moment de l'admission. Il ne persiste que des signes d'embarras gastrique, de violentes douleurs céphaliques, de l'obnubilation intellectuelle très accentuée. Mort quinze jours après l'admission par suite de pneumonie.

A l'*autopsie* on découvre un *foyer de ramollissement de la grosseur d'une noix et intéressant les substances grise et blanche de la partie la plus antérieure des deux premières circonvolutions frontales* à gauche.

IV. — Les observations qui précèdent n'ajoutent rien, sans doute, aux recherches qui ont été faites sur l'anatomopathologie et la clinique somatique du ramollissement cérébral. Il n'est peut-être pas cependant, sans intérêt de faire remarquer : 1° la distribution bizarre et l'étendue considérable que peuvent affecter les foyers de nécrobiose, intéressant la substance corticale de lobes entiers (obs. I), ou leur système de projection (obs. IV et III); 2° l'existence, dans tous les cas, de douleurs céphaliques, en même temps que l'excitation cérébrale et, dans la plupart des cas, de symptômes convulsifs, aussi bien dans ceux où le ramollissement n'intéressait que la substance blanche que dans ceux où la substance grise était intéressée. Ces convulsions épileptiformes se sont surtout montrées fréquentes et violentes, chez les malades qui présentaient les signes d'auto-intoxication les plus accentués (obs. I, II, III).

Dans tous nos cas, où il s'agissait de foyers *étendus* de nécrobiose, produits par une ou plusieurs poussées, successives d'oblitérations vasculaires, nous avons recontré le même cortège de manifestations psycho-pathologiques : accès d'agitation à forme maniaque et à début brusque, se traduisant par une incohérence extrême de la gesticulation et des actes sans réactions motrices violentes, par un véritable chaos des idées avec insomnie, anorexie, hyperthermie et troubles gastro-intestinaux, auto-intoxication, troubles hallucinatoires à forme terrifiante, particulièrement de la vue, douleurs céphaliques internes et continues, durée très courte de l'agitation (quelques heures à huit à dix jours), affaiblissement intellectuel consécutif et progressif pouvant très rapidement conduire à la démence complète. Rappelons que quatre de nos malades sur six étaient alcooliques reconnues.

Le petit nombre de nos observations, l'extrême variété des

symptômes objectifs de l'agitation maniaque, la relativité même des impressions reçues au cours de l'examen de cette forme pathologique si mobile, nous gardent de généraliser hâtivement et de chercher à dresser le tableau clinique de l'état mental qui accompagne les foyers de ramollissement cérébral. Disons seulement que notre expérience personnelle — lorsque nous nous trouverons en face de l'enchainement psycho-pathologique résumé plus haut, particulièrement chez des alcooliques — nous autorisera, toutes autres considérations cliniques mises à part, à considérer comme très probable l'existence d'un foyer de nécrobiose cérébral, d'une étendue importante et causé par des oblitérations inflammatoires des vaisseaux... et attendons des observations nouvelles.

V. — De ce qui précède découle une remarque importante au point de vue de la pratique hospitalière qu'on a trop de tendance à négliger, quand il s'agit d'aliénés. Toutes les malades dont les observations précèdent, sauf une qui était internée depuis plus de quarante ans pour démence congénitale, ont succombé, de quelques jours à quelques semaines après leur internement, dans un état de démence absolument inoffensif. En présence de ces accès d'agitation violente avec hyperthermie, indiqués plus haut, permettant au moins de penser à un foyer de ramollissement, le médecin pourrait donc être autorisé à pronostiquer la chute très rapide de cette agitation et son remplacement par un état d'affaiblissement intellectuel progressif. Qu'il se termine après quelque temps par la mort, ou qu'il dure, cet état ne nécessitera pas ou au moins ne rendra pas urgent l'internement dans un asile et il ne faudra pas se hâter de conclure à la séqeustration.

S'il est vrai que, d'une façon générale, l'internement précoce constitue un des plus forts appoints du traitement des maladies mentales, il ne faut point en prêcher la souveraineté avec un fanatisme aveugle qui tendrait simplement à rayer la thérapeutique mentale du cercle des préoccupations médicales, comme elle l'est déjà dans l'opinion publique. A l'heure actuelle les asiles regorgent de malades et leur traitement individuel est devenu, par suite de l'insuffisance de médecins *responsables*, absolument impossible. Une poussée d'opinions généreuses se manifeste depuis quelque temps

devant les rigueurs d'application de la loi de 1838. On prête une oreille plus attentive aux doléances de ces malheureux, relégués dans les asiles loin de leurs familles et de leurs pays. L'idée du traitement individuel reconnu nécessaire, du traitement à domicile, des colonies familiales, et des petits hôpitaux spéciaux, fait peu à peu son chemin. Le procès des grands asiles est entamé et le temps approche, sans doute, où les victimes des maladies psychiques seront assistées et traitées comme tous les autres malades.

C'est là l'œuvre de l'avenir. Pour le présent, ne pourrait-on pas, par une mesure simple et facile, protéger les malades et sauvegarder la dignité des familles tout en enrayant un peu l'encombrement progressif des établissements spéciaux ! Cette mesure consisterait tout uniment à ériger le thermomètre en critérium de l'internement. Nul malade (sauf exceptions urgentes) ne pourrait être interné dans un établissement d'aliénés que sur la délivrance d'un certificat médical constatant qu'en dehors des troubles psychiques, il *ne présente aucun symptôme d'inflammation aiguë*, particulièrement de l'*hyperthermie*.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAVAIL ET ALITEMENT DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES.

(NOTICE HISTORIQUE) ;

PAR

P. SÉRIEUX, Médecin des Asiles d'aliénés de la Seine. ET F. FARNARIER, Interne des Asiles d'aliénés de la Seine.

Bien peu nombreux, et en général d'efficacité bien douteuse, sont les moyens thérapeutiques que nous pouvons opposer aux affections mentales : aussi la croyance à l'incurabilité de ces maladies, bien que démentie chaque jour par

l'expérience, est-elle très répandue dans le public et même chez nombre de médecins. Chose plus singulière encore, cette conviction erronée parait partagée par certains psychiâtres qui considèrent volontiers tous les aliénés comme « des amputés du cerveau ». Ce préjugé de l'incurabilité de la plupart des psychoses a eu des conséquences déplorables : si l'assistance et le traitement des aliénés sont encore à l'heure actuelle si défectueux en France, il faut l'attribuer en grande partie à l'influence des idées inexactes généralement acceptées sur la nature de la folie et son traitement. Longtemps en effet, l'attention de la plupart des médecins d'asile fut moins retenue par les procédés thérapeutiques susceptibles d'être appliqués à la cure des malades aigus, que par les moyens de placer dans les meilleures conditions d'hygiène physique et morale le groupe — de beaucoup le plus important par le nombre — des chroniques, des incurables et des convalescents. Le *travail* a fourni sous ce rapport d'excellents résultats; comme il avait en outre l'avantage d'utiliser des sujets considérés jusqu'alors comme des non-valeurs et de diminuer leurs frais d'entretien, on comprend l'enthousiasme qu'il excita au début de ce siècle.

Il faut reconnaître d'ailleurs qu'un progrès considérable fut réalisé du jour où l'on fit travailler les aliénés. L'application de l'*open-door* devait fatalement suivre, et la transformation de la « prison médicale » de jadis en colonie agricole n'était qu'une question de temps. Mais, répétons-le, c'étaient surtout les aliénés incurables, les chroniques et quelques convalescents qui étaient appelés à bénéficier des avantages multiples et incontestables du travail. Quant aux aliénés aigus, aux sujets curables — les plus intéressants sans contredit — comme ils n'étaient pas justiciables de la seule méthode thérapeutique considérée comme efficace, le travail, ils furent quelque peu perdus de vue.

A la fin du siècle dernier, on traitait les aliénés comme les malades ordinaires, dans les hôpitaux : on les laissait habituellement au lit, dans la plus grande promiscuité, les privant ainsi d'air, de lumière et d'exercice. C'est à Pinel et à Esquirol que revient l'honneur d'avoir réagi contre ces errements déplorables et d'avoir insisté sur les avantages du travail.

« Dans tous les asiles publics, comme les prisons et les hospices, dit Pinel, le plus sûr et peut-être l'unique garant

du maintien de la santé, des bonnes mœurs et de l'ordre, est la loi d'un travail mécanique rigoureusement exécutée. Cette vérité est surtout applicable aux hospices des aliénés, et je suis très fortement convaincu qu'un établissement de ce genre, pour être durable et d'une utilité soutenue, doit porter sur cette base fondamentale. Très peu d'aliénés, même dans leur état de fureur, doivent être éloignés de toute occupation active... » Plus loin le médecin de la Salpêtrière déclare qu'il n'a cessé « de faire les instances les plus réitérées pour obtenir de l'administration un terrain adjacent pour le faire cultiver aux aliénés convalescents et accélérer leur rétablissement », et il propose « d'adjoindre à tout hospice d'aliénés un vaste enclos, ou plutôt de le convertir en une sorte de ferme, dont les travaux champêtres seraient à la charge des convalescents »[1]. Remarquons en passant, que Pinel insiste sur l'utilité du travail pour les *convalescents*.

Esquirol exprime sur l'utilité du travail une opinion analogue. Il déclare qu'on ne peut trop multiplier les salles de travail. « A la Salpêtrière, le mot travail retentit sans cesse à l'oreille des femmes aliénées qui s'excitent les unes les autres : c'est une idée dominante. En rappelant au travail les aliénés, on distrait ces malades, on arrête leur attention sur des sujets raisonnables, on les amène à des habitudes d'ordre, on active leur intelligence, et l'on améliore le sort des plus indigents[2] ».

A la même époque, J.-P. Falret et Voisin avaient cherché, dans leur établissement de Vanves, à procurer à leurs malades tous les genres de promenades et d'exercices, ainsi que des terrains cultivables où ils pussent s'occuper. « Après l'isolement, disaient-ils, la loi d'un travail mécanique, d'un exercice pris en plein air est sans contredit la condition la plus favorable à la guérison des aliénés. » Devant la Commission du Conseil général de l'Eure, J.-P. Falret, après avoir exprimé son opinion concernant l'action bienfaisante du travail au point de vue thérapeutique, exprime ses regrets de voir qu'on ne cherche pas à suivre la même voie pour toute la France[3]. Il ajoute que ce qui l'a rendu si chaud par-

[1] Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édition. Paris, 1809.

[2] Esquirol. *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t. II, p. 523.

[3] Lefebvre-Duruflé. *Rapport présenté au Conseil général de l'Eure*, 1839.

tisan du travail, c'est la visite qu'il a faite plusieurs années auparavant à l'asile de Wakefield en Angleterre.

Les idées de Pinel se répandirent rapidement en Allemagne : Reil (1759-1813), professeur de clinique interne à Berlin, demande que les asiles d'aliénés possèdent un domaine agricole, des jardins, du bétail : ils doivent être organisés sous forme de fermes. Il recommande les occupations en plein air, les travaux agricoles : « Le travail, dit-il, entretient la santé, favorise le sommeil, il amène l'oubli des idées délirantes. (*Organisation des établissements destinés aux incurables*, 1817). Horn, qui enseigna la psychiatrie jusqu'en 1818 à Berlin, prescrit le travail comme un agent thérapeutique actif chez les malades curables et un moyen palliatif chez les incurables : « Le travail, dit-il, doit être assidu, nécessiter toute l'attention du patient, être exécuté d'une façon régulière et sous une surveillance constante [1]. »

Sous l'influence des médecins aliénistes de la première moitié du siècle (Ferrus entre autres), on voit se développer peu à peu la *colonisation des aliénés*, œuvre éminemment française, bien qu'elle ait reçu à l'étranger un développement qu'elle n'avait pas atteint en France. En 1820 on obtient d'excellents résultats en employant les malades de Bicêtre aux travaux agricoles sur les champs voisins ; en 1832, la ferme de Sainte-Anne est créée : c'est une colonie agricole pour une centaine de malades. Nous n'avons pas à insister sur l'histoire de la colonisation qui a atteint son épanouissement dans les asiles — colonies du genre de celui d'Alt-Scherbitz. Foville en a fait ressortir les avantages en termes excellents : « C'est chose merveilleuse, dit-il, de voir avec quel empressement ceux des malades qui ne sont pas nés aux champs acceptent ces occupations qui leur sont tout à fait étrangères ; au milieu des détails attrayants de cette vie nouvelle, l'aliéné sent qu'il se rapproche des habitudes ordinaires de la vie ; ce travail régulier, s'accomplissant au grand air pur des champs, harmonise les fonctions, rétablit les forces, tourne enfin au profit d'une santé générale trop souvent altérée ; ajoutons à cela l'immense bienfait qui résulte de l'échange qui s'opère constamment entre l'asile et la colonie ; une foule d'indications médicales nouvelles en découlent, et

[1] P. Sérieux. *Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne.* (*Arch. de Neurologie*, 1895, n° 105.)

constituent, à notre sens, les plus précieuses ressources du traitement. Entraîné par l'exemple, le mélancolique sort peu à peu de sa torpeur; sous ce ciel qui l'égaye, il se prend de zèle pour ces animaux, ces plantes qui réclament ses soins: il finit par se soustraire à ses sombres préoccupations. Des idiots, des déments deviennent des ouvriers dociles, laborieux; et la vie active et disciplinée de la colonie métamorphose bien des aliénés incurables, regardés jusque-là comme dangereux. S'il n'y a pas guérison alors, il y a au moins quelque satisfaction consolante donnée à la folie que la science abandonne. »

Toutefois, la campagne énergique menée en faveur du travail, si elle a abouti à la colonisation des aliénés — conquête précieuse de la psychiatrie moderne, — cette campagne, ainsi que nous l'indiquions plus haut, a dépassé le but. On en arriva à voir dans le *travail,* une véritable panacée, un remède héroïque de la folie; et l'aliéné aigu, non susceptible d'être soumis à ce moyen de traitement, fut sacrifié à l'aliéné travailleur. « La loi d'un travail mécanique », d'un exercice en plein air, était considérée comme la condition la plus favorable de la guérison; le travail, comme la base même du traitement de l'aliénation mentale.

C'est ainsi que pour le Dr Lapointe, le « travail dans la majorité des cas est presque l'unique moyen de traitement qui puisse être mis utilement en pratique »[1]. Dans une récente communication au Congrès de Nancy, le même auteur n'est pas moins catégorique : « La thérapeutique ordinaire dans un asile d'aliénés se réduit à peu de chose, et je ne doute pas que sous ce rapport la plupart des aliénistes ne partagent cette manière de voir. Mais il est une thérapeutique qui jouit à mes yeux d'une haute importance, c'est celle qui consiste dans ce que l'on peut appeler le traitement moralisateur, ou mieux esthétique, je ne dirai pas de l'aliénation mentale, mais des aliénés que l'asile renferme. Au résumé, c'est donc dans le travail que se confond la thérapeutique par excellence des aliénés[2]. »

On en est même arrivé, dans certains asiles, à considérer le travail moins comme un moyen de traitement que comme

[1] Lapointe. *De la réunion des fonctions médicales et administratives dans les asiles d'aliénés.* (*Ann. médico-psych.*, mars 1891.)

[2] Lapointe. *De l'internement des aliénés dans les asiles.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Nancy, 1896.

une source de bénéfices. Les inspecteurs du service des aliénés ont dû rappeler aux chefs d'établissements que le travail ne devait pas être envisagé comme un moyen d'augmenter les ressources de l'asile, mais comme un moyen de traitement et de distraction [1].

Résumons l'histoire du travail considéré comme agent thérapeutique dans les maladies mentales, en disant que cette méthode a été un progrès décisif dans l'évolution de l'assistance des aliénés, mais qu'appliquée d'une façon exclusive, considérée comme un dogme intangible, elle a eu certaines conséquences fâcheuses : elle a fait passer au second plan le traitement médical proprement dit ; elle a renforcé le préjugé de l'incurabilité des maladies mentales ; elle a fait perdre de vue la catégorie des sujets — ceux atteints de psychoses aiguës — que la nature de leur affection rendait inaptes au travail. On en arriva ainsi à oublier que l'asile d'aliénés devait être avant tout un *hôpital pour le traitement des maladies du cerveau*. La conception de l'asile considéré comme un dépôt de chroniques, d'incurables et de sujets dangereux ou, dans l'appréciation le plus favorable, comme une colonie de travailleurs, cette conception s'imposa d'une façon exclusive à l'opinion publique, aux autorités administratives et aux médecins eux-mêmes.

Or si le pessimisme que professent quelques médecins à l'égard des résultats du traitement des psychoses est justifié dans beaucoup d'états chroniques, il n'en est plus de même quand il s'agit de psychoses aiguës. De nombreuses recherches statistiques, contre lesquelles ne saurait prévaloir le scepticisme de certains, démontrent que, pour de telles affections, la guérison survient dans environ 60 p. 100 des cas. Du moins la tendance naturelle des psychoses aiguës vers la guérison ne doit-elle pas être entravée ; et, précisément, certains agents hygiéniques — comme le travail — si précieux quand il s'agit d'aliénés chroniques, valides au point de vue physique, sont inapplicables ou contre-indiqués chez les malades atteints d'affections mentales aiguës. Ces états sont en effet toujours associés étroitement à des troubles somatiques : tels sont par exémple les délires toxiques, les psy-

[1] Constans, Lunier et Dumesnil. *Rapport général à M. le ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en* 1874. Paris, Imprimerie Nationale, 1878.

choses puerpérales, les délires post-convulsifs (hystérique, épileptique), les états maniaques et mélancoliques, les psychoses périodiques, la confusion mentale, les délires hallucinatoires aigus; il faut y ajouter aussi les épisodes aigus qui surviennent au cours des états chroniques (paralysie générale, démences, délires systématisés, etc). Les sujets atteints de ces affections doivent être considérés comme des *malades*, non comme des *infirmes*, et les soins qu'ils réclament sont d'ordre purement médical.

Parmi les méthodes thérapeutiques qui leur sont applicables, il en est une qui, peu employée encore en France, est usitée avec grand avantage depuis une trentaine d'années par la plupart des psychiâtres allemands : nous voulons parler de l'alitement ou *clinothérapie* (Bettbehandlung). Il faut, à notre avis, considérer cette méthode nouvelle comme un progrès considérable dans le traitement des maladies mentales.

Certes, le repos au lit n'est pas une panacée universelle; il ne peut guérir, à lui seul, tous les états aigus d'aliénation; du moins estimons-nous, d'après notre propre pratique comme d'après celle de nombreux médecins aliénistes étrangers, que le repos au lit doit être la base du traitement des maladies aiguës du cerveau, comme il l'est pour les maladies de n'importe quel autre organe.

Chez les malades atteints de psychoses aiguës, ce qui doit en effet retenir avant tout l'attention du thérapeute, c'est l'état d'épuisement du cerveau et de l'organisme. Ces sujets sont des épuisés et des surmenés. Le surmenage cérébral déterminé par l'éréthisme des centres sensitivo-moteurs et sensoriels de l'écorce, l'épuisement de l'organisme tout entier consécutif à l'agitation, à l'insomnie, à l'inanition, exigent impérieusement le repos, le repos physique aussi bien que le repos psychique. Le traitement par le lit répond à ces indications pressantes.

Parmi les symptômes physiques qui réclament plus particulièrement le repos au lit, citons : la dénutrition, l'amaigrissement, le refus d'aliments, la faiblesse générale, l'âge avancé, l'état puerpéral, la chlorose, les anémies, les troubles circulatoires, sans parler des états fébriles ou subfébriles. Or ces divers symptômes se rencontrent assez fréquemment chez les mélancoliques, les maniaques, dans les psychoses post-infectieuses, toxiques, puerpérales, etc.

Quant aux indications du repos psychique, du repos du cerveau, elles sont constantes dans les formes aiguës. Qu'il s'agisse en effet d'états d'excitation, ou de dépression, ou de confusion, ou encore de délires hallucinatoires aigus, peu importe. Toutes ces psychoses sont en rapport avec des troubles plus ou moins graves de la nutrition de l'écorce cérébrale et parfois même du système nerveux en son entier (*psychoses polynévritiques*). Que le cerveau soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (*états maniaques*), sensitives (*mélancolie*), sensorielles (*états hallucinatoires*), ou que son activité soit suspendue par l'action d'un toxique (*confusion*), dans tous ces cas, il est urgent de laisser reposer l'organe intoxiqué ou surmené, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone. Or seul le séjour au lit permet le repos complet du cerveau ; outre que par suite de la situation horizontale la circulation cérébrale est facilitée et le cerveau mieux irrigué, l'alitement permet encore le relâchement complet de tous les muscles de la vie de relation, et par suite le repos des centres moteurs ; il a aussi pour résultat de restreindre au minimum toutes les stimulations périphériques (thermiques, visuelles, auditives, cutanées, etc.) et par suite toutes les réactions motrices. Il favorise le sommeil ; il diminue l'activité des troubles hallucinatoires en restreignant les causes provocatrices des hallucinations et des illusions.

De plus le séjour des patients au lit modifie d'une façon favorable le milieu : dans une salle dont tous les malades sont alités, l'ordre et le silence sont moins souvent troublés, par suite de l'absence des causes d'excitation, de désordre, liées ailleurs à la promiscuité des aliénés, à leurs allées et venues. Le malade peut donc se reposer physiquement et psychiquement.

Les résultats du traitement par le lit sont unanimement admis. L'alitement atténue à n'en pas douter l'intensité des symptômes les plus pénibles des maladies mentales aiguës et écarte les redoutables complications physiques et psychiques auxquelles il faut en général attribuer la terminaison de ces psychoses par la mort, la démence ou le passage à l'état chronique. Il permet en outre de restreindre l'emploi des hypnotiques ; l'isolement en cellule dont on a tant abusé devient exceptionnel ; les affections organiques incidentes ne

passent plus inaperçues, grâce à la facilité d'examen que donne le séjour au lit ; la physionomie de l'asile se transforme et tend à se rapprocher de celle d'un hôpital.

Si nous ajoutons qu'à côté de sa haute valeur thérapeutique, la clinothérapie offre comme avantage d'être facilement applicable, aussi bien dans la clientèle privée qu'à l'asile, on comprendra sans peine l'intérêt d'ordre pratique qui s'attache à cette méthode.

Toutes ces raisons, qui nous ont poussé récemment à étudier l'alitement au point de vue de sa technique, de ses effets physiologiques, de ses indications générales et spéciales[1], nous engagent aujourd'hui à en exposer l'historique ; il nous semble, en effet, que l'excellence de ce procédé thérapeutique reçoit un éclatant témoignage du nombre et de l'importance des travaux qu'il a suscités, ainsi que de la concordance des résultats obtenus par les auteurs qui l'ont expérimenté.

Si cette méthode a été longue à se répandre, il faut en chercher l'explication dans les considérations qui précèdent ; il n'est pas impossible, en effet, que le dogme de la nécessité du travail dans le traitement des maladies mentales, et aussi certaines conceptions erronées sur la nature de la folie, aient longtemps fait écarter l'idée d'aliter les aliénés, comme on le fait des individus atteints d'une affection viscérale quelconque, et de traiter par le repos complet de l'organe les maladies aiguës du cerveau.

Deux mots encore avant d'aborder l'historique du traitement par le lit : il n'est jamais entré dans notre esprit la pensée d'opposer la méthode du *repos au lit* à la méthode du *travail ;* chacune d'elle a son mérite, ses indications, et fournit, dans des cas déterminés, d'heureux résultats ; l'une complète l'autre. Loin d'être en effet l'antagoniste du travail considéré comme agent thérapeutique, l'alitement vient combler une lacune dans le traitement des maladies mentales, puisqu'il est appliqué précisément chez les sujets qui ne peuvent bénéficier des bienfaits du travail. Pour résumer en une formule simple notre manière de voir, nous dirons que le repos au lit est pour les malades aigus ce que le travail

[1] P. Sérieux et F. Farnarier. *Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.* (*Semaine médicale*, 11 oct. 1899, p. 337.)

(colonisation agricole) est pour les convalescents, les chroniques, et les incurables[1].

*
* *

Deux périodes peuvent être distinguées dans l'histoire du traitement par le lit. Dans l'une, il n'est question d'appliquer l'alitement qu'à telle ou telle catégorie restreinte de malades : presque toujours il s'agit d'états mélancoliques ou neurasthéniques, plus rarement de délires maniaques subfébriles. Dans la seconde période, au contraire, le traitement par le lit est envisagé comme une méthode applicable d'une façon systématique à la plupart des psychoses aiguës.

I. C'est dans les états caractérisés par la dépression psychique, par l'inertie, l'immobilité, qu'on eut, en premier lieu, recours au séjour au lit. A Guislain[2] revient le mérite d'avoir, en 1852, introduit le procédé en question dans la thérapeutique des maladies mentales. « Presque tous nos mélancoliques, écrivait le célèbre aliéniste belge, sont couchés dans leur lit. Je prescris le repos du corps... Le lit sera, pendant toute la première période du mal, une des grandes ressources du traitement. D'abord le patient sera couché la nuit et une grande partie du jour. Il se lèvera de temps en temps, restera assis pendant une heure, deux heures, puis se couchera derechef... Les mélancoliques ont besoin de repos et de beaucoup de sommeil... On ne saurait s'imaginer combien le décubitus prolongé facilite, chez les aliénés, le retour du calme... Je le dis avec une intime confiance, nul moyen ne m'a fourni des résultats plus satisfaisants dans le traitement de la mélancolie. »

En 1854, un aliéniste anglais, Conolly, recommande, d'après Brosius, le séjour au lit dans les états maniaques et les autres formes avec excitation.

[1] Les chiffres ci-dessous montrent quelles sont, dans un établissement où l'on pratique la clinothérapie, les proportions respectives des malades traités par le lit et des aliénés travailleurs. Les 209 malades de l'asile de Leubus (Silésie) se répartissaient ainsi en 1893 : soumis au traitement par le lit d'une façon permanente : 57,6 p. 100 ; — intermittente : 10,6 p. 100 ; travailleurs : 31,4 p. 100 ; isolés, 1,4 : p. 100.

[2] Guislain. *Leçons orales sur les phrénopathies, ou traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. III, p. 22. Gand, 1852.

Griesinger[1], en 1861, considère l'alitement comme *convenable et nécessaire* dans certains cas de mélancolie aiguë avec diminution générale des forces. D'après Paetz, vers la même époque, Koeppe, à l'asile de Nietleben, laissait les mélancoliques couchés une partie de la journée et, après les avoir fait déjeuner au lit, leur administrait un hypnotique pour les faire dormir quelques heures.

J.-P. Falret, en 1864, le premier en France, parle du traitement par le repos au lit pour certains mélancoliques et certains maniaques. Il déclare que si Pinel et Esquirol ont eu raison de réagir contre la tendance que l'on avait, à leur époque, de maintenir les aliénés au lit dans les hôpitaux, cette réaction a été excessive. « Dans certains états maniaques aigus semi-fébriles, dit-il, de même que dans les états mélancoliques caractérisés par un profond sentiment de lassitude et une prostration physique et morale poussés à l'extrême, nous partageons complètement l'avis de notre si regretté confrère le docteur Guislain, et nous conseillons le séjour au lit de ces malades, au lieu de les laisser circuler en plein air comme les autres aliénés. Il faut poser en principe que ces aliénés, soit maniaques, soit mélancoliques, doivent être maintenus au lit pendant certaines périodes de leur affection, considérés comme malades physiquement et soignés à l'infirmerie comme des fébricitants[2]. »

Aux Etats-Unis, en 1875, Weir Mitchell recommande pour le traitement des femmes atteintes d'hystérie grave et de neurasthénie une méthode reposant essentiellement sur le repos au lit (*Rest cure*, *Rest treatment*) combiné avec l'isolement, le massage, la suralimentation et l'électrothérapie[3].

[1] Griesinger. *Traité des maladies mentales*, p. 548-565. (Traduction française.) Paris, 1865.

[2] J.-P. Falret. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris, 1864. Introduction p. LVI.

Rappelons que, en 1838, un aliéniste anglais, Ellis (*A treatise on the nature, symptoms, causes and treatment of isanity*) insistait, sans cependant parler du traitement pour le lit, sur la nécessité du repos : « Tant qu'il existe quelque symptôme d'une circulation trop abondante dans le cerveau, il ne faut permettre qu'un exercice modéré au patient : il faut le tenir *aussi inactif que possible* jusqu'à ce que ces symptômes aient cédé au traitement médical. » Ce fait se trouve consigné dans le rapport présenté au Conseil général du département de l'Eure dans sa session de 1839, au nom de la Commission des aliénés, par Lefebvre-Duruflé.

[3] Weir Mitchell. *On rest in the treatment of nervous diseases*, in

Dans ces divers états d'épuisement nerveux, le neurologue américain se proposait pour but de rappeler les forces « chez les malades affaiblies, émaciées et dont le sang était devenu trop fluide ». Le repos au lit devait être continué pendant la plus grande partie du traitement ; l'exercice passif obtenu par l'électricité et le massage rendait possible la suralimentation.

En 1882, W.-S. Playfair recommande, en Angleterre, la méthode de Weir Mitchell comme traitement systématique de l'hystérie grave, de certaines formes de neurasthénie et de la chorée intense [1].

E.-C. Séguin (de New-York) recommande également le repos absolu, physique et psychique, dans le traitement de la chorée et de la neurasthénie [2].

En 1888, MM. Belle et Lemoine firent connaître les résultats qu'ils obtenaient par l'application aux mélancoliques anxieux de la méthode de Weir Mitchell [3]. Les deux aliénistes français se proposaient, par le séjour au lit, dans le décubitus dorsal complet aussi prolongé que possible, de lutter contre l'anémie cérébrale et de soustraire le malade aux influences extérieures qui peuvent alimenter son délire. Leur tentative, spécialisée d'ailleurs à une forme de mélancolie, ne paraît guère avoir été imitée. En effet, en 1890, le professeur Ball, qui cite la méthode de l'alitement, en parle comme d'une nouveauté expérimentée seulement en Allemagne, et sur la valeur de laquelle il ne peut se prononcer [4]. Cullerre considère le traitement de la mélancolie par le séjour au lit comme ayant pour but principal de congestionner le cerveau, et par là de combattre l'insomnie due à l'anémie cérébrale [5].

Seguin's series of American clinical lectures, t. I. n° 4, 1875. — *Fat and blood, and how to make them*. Philadelphie, 1877. (Traduction française par O. Jennings, sous le titre : « Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie. » Paris, 1883.)

Avant Weir Mitchell, un médecin américain, Samuel Jackson, avait recommandé le repos au lit chez les femmes hystériques et neurasthéniques.

[1] Playfair. Cité par Weir Mitchell in *Fat and blood and how to make them*.

[2] E.-C. Séguin. *Leçons sur le traitement des névroses* (trad. franç.). Paris, 1893.

[3] Belle et Lemoine. *Traitement de la mélancolie anxieuse*. (*Annales médico-psychologiques*, 1888.)

[4] Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édition. Paris, 1890.

[5] Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, 1890.

Régis [1], Dagonet et Duhamel [2] signalent également le repos au lit comme pouvant être appliqué au traitement des mélancoliques. Chaslin en montre les avantages dans le traitement de la confusion mentale [3].

II. Guislain, J.-P. Falret, Weir Mitchell, qui avaient eu le mérite de saisir les indications du repos au lit dans diverses formes psychopathiques, n'eurent pas la bonne fortune de voir leur œuvre poursuivie dans leur propre pays. C'est à l'étranger que les idées émises par eux se développèrent et aboutirent à la création d'une véritable méthode thérapeutique. Le traitement systématique des psychoses aiguës par le séjour au lit a pris naissance, il y a une quarantaine d'années, en Allemagne ; mais c'est surtout dans ces vingt dernières années que cette méthode a gagné du terrain et qu'elle a suscité un nombre considérable de travaux. D'Allemagne le traitement par le lit se répandit dans les pays de langue allemande, puis en Russie et enfin en France, où il y a encore peu de temps l'alitement était chose inconnue.

Cette méthode fut appliquée à la cure des aliénés aigus par Ludwig Meyer [4], dès 1860, et, deux ans plus tard, par Brosius [5]. Snell l'introduisit à l'asile de Hildesheim en 1871. Eschenburg à Lubeck en 1874. A cette période se rattache également un travail de Rabow [6].

En 1877, à l'asile de Brême, les cellules d'isolement sont supprimées, et le traitement par le lit est appliqué non seulement chez tous les aliénés entrants, mais encore chez les malades chroniques présentant des manifestations aiguës. La même année, Hergt [7] insiste sur la nécessité de l'alitement

[1] Régis. *Manuel pratique des maladies mentales*, 1892.

[2] Dagonet et Duhamel. *Traité des maladies mentales*, 1894.

[3] Chaslin. *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895, p. 250.

[4] Ludwig Meyer. *Das No-restraint und die deutsche Psychiatrie*. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1860, t. XX, p. 542.)

[5] Brosius. (*Irrenfreund*, 1862, 6.) — *Die Asyle Bendorf und Sayn bei Coblenz, nebst Bemerkungen über Curmittel bei Irren*. Berlin, 1875. — *Die Betthehandlung der Irren*. (*Niederländische Verein f. Psychiat.*, 1890, et *Psychiatrische Bladen*, t. VIII et IX.)

[6] Rabow. *Behandlung der psychischen Erregungszustände*. (*Berlin. klinis. Wochensch.*, 1876, n° 23.)

[7] Hergt. *Einiges zur Behandlung der Seelenstörungen*. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. XXXIII, p. 803, 1877.)

chez les mélancoliques et va même jusqu'à conseiller le maintien au lit par la fixation du malade.

En 1879, la méthode est appliquée à l'asile-colonie d'Alt-Scherbitz par Paetz [1], et à l'asile de Bâle par Wille [2]. A Alt-Scherbitz les pavillons construits depuis cette époque sont aménagés spécialement en vue du traitement du lit.

C'est surtout à partir de 1880 que la méthode se répand dans les asiles allemands. Scholz dans de nombreuses publications en fait connaître les avantages; contrairement à l'opinion de ceux qui, à l'exemple de Koeppe, voyaient dans le travail l'agent curatif le plus puissant, il montre que la place de l'aliéné aigu est dans un lit d'hôpital et non à l'atelier ou aux champs: le séjour au lit est un moyen de traitement souverain ou mieux la mesure hygiénique la plus importante pour amener la guérison. Les travaux ayant trait à l'alitement se multiplient. Citons la thèse de Flersheim [3], les publications de Roller [4], de Schüle [5], de L. Meyer [6], de Paetz [7], de Scholz [8].

Cl. Neisser, en 1889, introduit le traitement par le lit à l'asile de Leubus (Silésie). Le même auteur, au dixième Congrès international des sciences médicales, vulgarise la méthode de l'alitement et crée le mot *Bettbehandlung* [9]. Il poursuit sa campagne dans une série de publications [10].

[1] Paetz. *Bericht über die Prov. Irrenanstalt Rittergut Alt-Scherbitz für* 1880-81, p. 6.

[2] Wille. *Bericht über Irrenanstal Basel.* 1879, p. 27.

[3] Flersheim. *Die Behandlung der Manie in der Bettlage.* (Thèse de Göttingue. 1881.)

[4] C.-F.-W. Roller. *Die Heilanstalt Johannisberg bei Kaiserswerth*, 1883, p. 34 et 75.

[5] Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, 1886. (Traduct. française de Duhamel et J. Dagonet, 1888.)

[6] L. Meyer. *Die Behandlung der psychischen Erregungs-und Depressionszustände.* (*Therapeut. Monatsh.*, 1887.)

[7] Paetz. *Ueber die Einrichtung von Ueberwachungsstationen.* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. XLIV, p. 424, 1887.)

[8] Scholz. *Ueber Wachabtheilungen in Irrenanstalten.* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. XLVIII, p. 235, 1888.)

[9] Neisser. *Die Bettbehandlung der Irren.* (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 sept. 1890.)

[10] Neisser. *Bettruhe bei Epilepsie.* (*Therap. Monatsh.*, n° 38, mars 1893.) — *Noch einmal die Bettehandlung der Irren.* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. L, p. 447, 1894.)

Enfin, dans ces dernières années ont paru en Allemagne les travaux de Hebold[1], de Roller[2], de Klinke[3], de Paetz[4], de Scholz[5], de Kraepelin[6], de Heilbronner[7].

D'Allemagne la méthode pénètre en Russie. Nombreux sont les aliénistes russes qui l'ont expérimentée et qui s'en déclarent partisans. Citons le docteur Timoféiev qui, au retour d'un voyage d'études en Allemagne, fait connaître le traitement par le lit et l'emploie le premier en 1892, à l'asile Alexandre III près de Saint-Pétersbourg[8]. En 1895, le professeur Korsakov et ses élèves Bernstein et Rybakov expérimentent cette méthode à la clinique psychiatrique de Moscou. A. Bernstein publie, en 1897, une note sur le rôle du séjour au lit[9]; il signale la promptitude avec laquelle la plupart des maniaques s'habituent au lit; l'agitation s'atténue considérablement; le pavillon cellulaire de l'établissement reste inoccupé. Plus de ces scènes « auxquelles nous étions accoutumés pendant le système de l'isolement dans les cellules... Les malades gardent, grâce à la mise en scène de l'hôpital, leurs qualités humaines qui dégénéraient bien vite autrefois dans l'emprisonnement solitaire des cellules. Le gâtisme par terre, compagnon indispensable du séjour dans les cellules, disparaît complètement. »

A Ekaterinoslav, le docteur Govséiev pratique l'alitement dès 1894, et fait connaître en 1896 le résultat de ses observations[10].

[1] Hebold. *Bettbehandlung und Zelle.* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. XLVII, p. 686, 1891.)

[2] C.-F.-W. Roller. *Die Fürstl. Lippe'sche Heil-und Pflegeanstalt Lindenhaus in Brake bei Lemgo.* Bielefeld, 1891, p. 76-106.

[3] Klinke. *Zur Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken.* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. XLIX, p. 669, 1893.)

[4] Paetz. *Die Kolonisirung der Geisteskranken.* Berlin, 1893, p. 209-215.

[5] Scholz. *Die nächste Aufgabe der Irrenpflege.* (*Allg. Zeits. f. Psychiat.*, p. 690, t. L, 1894.)

[6] Kraepelin. (*Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XLI.)

[7] Heilbronner. *Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung.* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LIII, 1897.)

[8] Timoféiev. *Méthode de traitement des aliénés, dite du lit* (en russe). *Arkhiv psikhiatr.*, t. XIX, p. 3.)

[9] Bernstein. *Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés.* (*Annales médico-psychol.*, janvier 1897.)

[10] Govséiev. *Le régime du lit et sa valeur dans le traitement des aliénés* (en russe). (*Obozr. psikhiatr.*, 1896, p. 5.)

A la clinique de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, le traitement par le lit est appliqué, en 1896, par le professeur Bechterev et ses assistants Trapeznikov et Osipov. Ces derniers auteurs arrivent à conclure que les aliénés s'habituent très facilement au séjour au lit; que ce mode de traitement ne diminue pas sensiblement la durée de la maladie; qu'il a l'inconvénient de déterminer de la constipation et de l'anorexie [1]. Pour le professeur Bechterev, le traitement par le lit est indiqué chez les aliénes agités (aigus et chroniques), dans la démence aiguë, la stupeur, la dépression, chez les patients faibles, malpropres et chez ceux qui se fatiguent rapidement [2].

En Angleterre, la méthode ne paraît pas encore très répandue et nombre de médecins la critiquent. Hack Tuke ne lui consacre que quelques lignes dans son dictionnaire médico-psychologique [3]. Clouston range le séjour au lit parmi les moyens de contrainte et, malgré les tendances en faveur du repos, recommande l'exercice chez tous les aliénés, sauf chez les sujets neurasthéniques, les vieillards et dans les cas de psychoses puerpérales. J. Batty Tuke, au contraire, est partisan du traitement par le repos au lit; il admet que, dans les psychoses aiguës, il existe une hyperémie de l'écorce que l'exercice ne peut qu'exagérer. Il recommande d'associer à l'alitement les calmants, les bains, le massage. D'autres auteurs, Rayner, Rivers, Nicolson, recommandent également le *Rest in Bed* [4].

Aux Etats-Unis, Hurd [5] recommande le traitement par le lit dans les psychoses aiguës, sauf la manie.

En Suisse, Rabow, élève de Ludwig Meyer, introduit l'ali-

[1] Trapeznikov et Osipov. *Sur le traitement des aliénés par le lit.* (Société médicale de Saint-Pétersbourg, 5 mai 1897.)

[2] Bechterev. *Ueber die Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken.* (*Centr.-Bl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie*, août 1897.)

[3] Hack Tuke. Art. « *Rest in bed* » in *Dictionary of psychological medicin*. (Londres, 1892, t. II, p. 1314.)

[4] *Rest and Exercise in the treatment of Nervous and Mental Diseases.* — A discussion opened by T.-S. Clouston, M. D., and J. Batty Tuke, M. D., at the annual meeting of the medico-psychological association; july 1895. (*Journal of Mental Science*, 1895, p. 599.)

[5] Hurd. *The Minor treatment of Insane Patients.* (*Alienist and neurologist*, oct. 1883.)

tement à Lausanne dès 1876. Wille l'applique à Bâle en 1879. Burckardt à Neuchâtel (1882), Martin à Genève [1].

En Autriche, Krayatch pratique l'alitement dès 1895; Borek l'introduit en Bohême; von Krafft-Ebing, dans son traité, considère cette méthode comme la prescription médicale la plus importante et la plus bienfaisante.

Depuis quelques années un mouvement paraît se dessiner en France en faveur de la vieille méthode de Guislain et de Falret ainsi réimportée de l'étranger. En 1894, au cours d'une mission dont l'un de nous fut chargé en Allemagne, en Autriche et en Suisse, il s'est rendu compte *de visu* des avantages que présente l'alitement et il a recueilli sur cette importante question, l'opinion des psychiatres les plus autorisés. Ces faits sont consignés dans les relations de ce voyage d'études [2], ainsi qu'au cours de diverses publications sur le traitement par le lit dans l'épilepsie, les délires toxiques, la mélancolie, les psychoses aiguës [3]. A partir de 1894, il eut l'occasion d'expérimenter le traitement par le lit dans certains cas pendant quelques intérims à l'asile de Villejuif.

En 1896, au Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, un confrère russe, M. Serbski, demande aux membres de l'assemblée si le traitement par le lit est appliqué en France. Aucune discussion n'est engagée sur cette importante question.

Il faut arriver à l'année 1897 pour voir la méthode adoptée systématiquement pour la première fois, en France, dans les services de MM. Magnan à l'admission de Sainte-Anne, Joffroy à la clinique des maladies mentales, Briand et Toulouse à l'asile de Villejuif, Sérieux à la maison de Santé de Ville-Evrard [4].

[1] Roehrich. *Du traitement par le lit chez les aliénés.* (Thèse de Genève, 1898.)

[2] P. Sérieux. *L'assistance des alcooliques en Suisse, en Autriche, en Allemagne.* Montévrain, 1894. — *Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne.* (*Arch. de neurologie*, nov. 1895.)

[3] P. Sérieux et Marinesco. *Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie.* (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1895.)

P. Sérieux. *Le traitement des mélancoliques par le repos au lit.* (*Revue de psychiatrie*, août 1897.) — *Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.* (*Revue internat. de thérapeut. et de pharmacol.*, 15 sept. 1897.)

[4] Consulter, dans le *Rapport sur le service des aliénés du département*

Bien qu'à l'heure actuelle l'alitement soit pratiqué chez nous seulement dans quelques services d'aliénés, il a fait l'objet d'un certain nombre de travaux. Citons les pages que lui ont consacrées Roubinovitch et Toulouse dans leur traité de la mélancolie[1]; différents articles du *Traité de thérapeutique appliquée* de A. Robin[2]; une note de M. Magnan qui pose en principe que no-restraint et alitement sont les deux méthodes générales à appliqner à tous les cas de manie[3]. Rappelons encore une revue générale de Manheimer[4]; un article de P. Kéraval[5]; la thèse de Lacombe[6]. Cette année même Magnan[7] et son élève Pochon[8] ont fixé des indications spéciales de la méthode; Toulouse et Marchand ont fait connaître le résultat de leurs recherches au point de vue de l'influence de l'alitement sur la nutrition et la température[9].

Enfin, dans une récente revue générale[10], nous nous effor-

de la Seine pour l'année 1897 (Montévrain, 1898), les rapports de MM. Magnan, p. 52; Joffroy, p. 70; Briand, p 220; Toulouse, p. 239 et Sérieux, p. 198.

[1] Roubinovitch et Toulouse. *La Mélancolie*. Paris, 1897, p. 389.

[2] Voir les articles indiqués ci-dessous du *Traité de thérapeutique appliquée*, de A. Robin: Magnan et Sérieux. Traitement de l'intoxication alcoolique. — Magnan et Pécharman. Thérapeutique générale des maladies mentales. — Traitement de la folie intermittente, — P. Chaslin. Traitement du délire hallucinatoire. — Traitement de la confusion mentale. — Ritti. Traitement de la mélancolie. — Blin. Traitement des états maniaques.

[3] Magnan. *Traitement de la manie*. (*Revue de psychiatrie*, juillet 1897.)

[4] Manheimer. *Le traitement des aliénés au lit*. (*Tribune méd.*, 1898, n° 37.)

[5] P. Keraval. *Le traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit*. (*Progrès méd.* 18 juin 1898.)

[6] Lacombe. *Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit*. (Thèse de Paris, 1898.)

[7] Magnan. *Alitement. Traitement par le repos au lit, dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme*. (*Dixième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, tenu à Marseille du 4 au 8 avril* 1899.)

[8] Pochon. *Étude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit*. (Thèse de Paris, 1899.)

[9] Toulouse et Marchand. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 4 mars et 8 juillet 1899.)

[10] P. Sérieux et F. Farnarier. *Le traitement des psychoses aiguës, etc.*, *loc. cit.*

cions de mettre la question au point et de fixer aussi exactement que possible les indications de la méthode.

*
* *

Telles sont les diverses étapes parcourues par la méthode de l'alitement.

Comme on le voit, l'idée de soigner par le lit les sujets atteints de psychoses aiguës a fait du chemin depuis les essais partiels de Guislain et de Falret; on peut dire qu'actuellement, ce mode de traitement n'est même plus discuté dans les pays de langue allemande; il est appliqué par la majorité des psychiatres russes; bon nombre d'aliénistes anglais, hollandais et américains s'en déclarent partisans; enfin, les trop rares auteurs qui l'ont expérimenté en France en ont retiré les meilleurs résultats. Nul doute que son emploi ne se généralise de plus en plus, pour le plus grand profit des malades et des médecins; aussi, profondément convaincus des avantages de toute nature que présente ce procédé thérapeutique, nous n'hésitons pas à affirmer qu'il est appelé à prendre rang, avec la suppression des moyens de contention (*no-restraint*), le traitement en liberté (*open-door*) et la *colonisation*, parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine.

Le traitement par le lit entraine comme corollaire obligé une modification radicale de notre système suranné d'assistance des aliénés, système désormais condamné sans appel. L'application générale de la méthode en question amènera fatalement la disparition de nos asiles-prisons — où les exigences de la thérapeutique tiennent si peu de place — et leur remplacement par des hôpitaux de traitement pour les aigus, par des colonies agricoles et par l'assistance familiale pour les convalescents, les intermittents, les chroniques et les incurables.

L'alitement consacrera ainsi, d'une façon pratique, l'élévation des aliénés à la dignité de malades, proclamée il y a près d'un siècle par Pinel, et restée depuis lors formule sans application; seul le traitement par le lit en assurera le développement intégral. On ne se contentera plus d'*interner* les aliénés : on les *traitera*. Et la clinothérapie permettra de rendre guéris à la société bon nombre de malheureux, que les conditions trop longtemps défavorables du traitement des maladies mentales ont seules jusqu'ici condamnés à l'incurabilité.

REVUE CRITIQUE.

SUR LE SENS MUSCULAIRE A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS;

Par Henri VERGER,
Chef de clinique médicale à l'Université de Bordeaux.

L'étude du sens musculaire est une de celles qui peuvent le mieux montrer comment une conception physiologique présentée au début comme très simple peut devenir de plus en plus complexe au fur et à mesure que les chercheurs viennent ajouter des données nouvelles au problème et retardent d'autant sa solution définitive. Cette expression de « sens musculaire » introduite dans la science par Charles Bell, en 1833, n'exprimait alors que l'idée vague de sentiment de l'action du muscle, et nous retrouvons cette même conception dans les travaux de Landry, 1852. Les auteurs qui suivirent ne tardèrent pas à s'apercevoir qu'en réalité le sens musculaire était quelque chose de beaucoup plus complexe. Duchenne (de Boulogne), en 1852, distingua la « sensibilité musculaire » qui renseigne sur le mouvement en cours d'exécution et la « conscience musculaire » qui entre en fonction au moment d'exécuter ce mouvement. En même temps, du reste, d'autres auteurs ramenant la question sur son vrai terrain tendaient à placer l'origine des sensations en question, non point dans les muscles, au moins dans les muscles seuls, mais dans la peau et l'expression de sens des mouvements substituée à celle de sens musculaire ne s'appliqua plus à un sens spécial, mais à une modalité particulière des sensations tactiles. C'est Schiff qui émit le premier cette idée reprise plus tard par Vulpian. Trousseau étudiant l'ataxie développa encore le rôle de la sensibilité tactile et parla le premier de sensibilité articulaire.

Dès cette époque le problème était nettement posé et les auteurs contemporains n'ont fait qu'amplifier la question, et y ajouter de nouvelles données. Notre intention n'est pas de faire ici un exposé complet de ces travaux, désirant nous limiter à l'étude critique de quelques publications récentes [1]. Tous les auteurs contemporains

[1] Pour l'historique voir Sollier. *Le sens musculaire.* (*Archives de Neurologie*, 1887.)

s'accordent à admettre l'existence non pas d'un sens musculaire autonome tel que l'avait conçu Charles Bell, mais d'un complexus d'impressions périphériques perçues a l'occasion des mouvements et provenant de sources multiples. A ce complexus sensitif dont les différents éléments ont donné lieu à des discussions nombreuses, on a donné des noms plus en rapport avec les idées nouvelles. L'expression de « sensations kinesthésiques » créée par Charlton Bastian est évidemment celle qui exprime le mieux la pensée moderne puisqu'elle renferme l'idée de multiplicité d'origine et celle de phénomènes liés au mouvement. Il semblerait donc qu'elle dut avoir toutes chances de supplanter celle de « sens musculaire » qui, prise dans un sens étroit, ne correspond plus à la réalité des faits. Il n'en est rien. Une expression qui a servi quelque soixante ans est difficilement rayée du vocabulaire. Nous la prenons donc telle quelle avec la majorité des auteurs, tout en la sachant mauvaise, reconnaissant avec Claparède « que ce terme est si utile en pratique que ceux-là même qui n'ont pas assez de reproches à lui adresser ne savent pas s'en passer ».

La classification des sensations élémentaires, dont l'ensemble constitue le sens musculaire, la détermination de leur importance respective et le rôle qu'elles jouent dans la genèse des mouvements et la coordination volontaire tels sont à l'heure actuelle, les points en litige. Ces questions ont été étudiées presque simultanément dans plusieurs travaux récents qu'il est intéressant de comparer. Ce sont les thèses d'Abba [1], de Bourdicault-Dumay [2], de Cherechewski [3], de Claparède [4].

I. — Psychologie du sens musculaire.

Après Bastian, Lamacq en 1891 [5] admettait quatre notions élémentaires ou quatre modalités des sensations musculaires [6]. C'étaient : 1° La notion des mouvements actifs perçue à l'occasion

[1] Abba. *Etude clinique des troubles de la sensibilité générale, des sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale.* Thèse de Paris, 1896.

[2] Bourdicault-Dumay. *Troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies cérébrales.* Thèse de Paris, 1894.

[3] Cherechewski. *Le sens des attitudes.* Thèse de Paris, 1897.

[4] Claparède. *Le sens musculaire et l'hémiataxie pos-hémiplégique.* Thèse de Genève, 1897.

[5] Lamacq *Le sens musculaire.* Thèse de Bordeaux, 1891.

[6] Nous ne comprenons dans l'étude du sens musculaire ni la sensation produite par la pression des muscles, ni la sensation de courbature qui se produit au niveau des muscles fatigués.

des mouvements volontaires et aussi des mouvements réflexes des membres toutes les fois que la contraction musculaire est cause du mouvement; 2° La notion des mouvements passifs lorsque les membres sont mis en mouvement par une cause externe quelconque, et sans qu'aucune réaction musculaire intervienne; 3° La notion de position des membres qui renseigne sur leur situation dans l'espace par rapport aux autres parties du corps, qu'ils aient été amenés à cette situation par des mouvements volontaires ou par des actions externes; 4° La notion de poids qui peut se confondre avec la notion de résistance au mouvement.

Bourdicault-Dumay et Claparède conservent cette classification. Abba poussant plus loin l'analyse examine successivement : la perception des mouvements passifs, la notion de position, la force musculaire, la sensation de pression avec des poids différents, le sens de l'orientation et le sens stéréognostique. Il est aisé de voir que si cette division répond à des nécessités d'examen clinique, elle doit être simplifiée au point de vue physiologique. Outre qu'il n'y est point parlé des mouvements actifs, le sens de l'orientation fait double emploi avec la notion de position dont il n'est qu'une variante; et d'autre part la notion de la différence des poids soupesés ressort seule au sens musculaire tandis que la sensation de pression avec différents poids ressort à la sensibilité tactile et à la sensibilité musculaire profonde.

Pour Cherchewski il n'y aurait qu'une seule espèce de sensations périphériques perçues à l'occasion des mouvements. Il ramène tout le sens musculaire à une seule notion fondamentale, celle des attitudes segmentaires ou totales, expression qui correspond à celle de notion de position des membres. La notion de mouvement actif ou passif serait une notion complexe, formée par la succession dans le temps d'une série de notions de position en sorte qu'on aurait la perception d'un mouvement uniquement par la perception des déplacements successifs. Outre que pour expliquer la sensation du mouvement actif et la ramener à la sensation des attitudes successives Cherchewski est obligé de faire appel à un facteur d'origine centrale sur lequel nous aurons à revenir, une grave objection peut être faite à sa théorie. Nous même avons pu maintes fois constater chez des hémiplégiques en étudiant la notion de position qu'ils se rendaient compte d'un certain déplacement de leur membre, mais qu'ils étaient incapables de se rendre également compte de la position où ce déplacement l'avait amené. Puisque la sensation brute de mouvement passif peut exister sans que la position définitive du membre soit elle-même perçue, il paraît bien difficile de faire de la sensation de mouvement la résultante de sensations de position qui en l'espèce ne se produisent pas.

Claparède n'admet pas cette simplification du sens musculaire

et il s'est attaché à déterminer les rapports des quatre notions élémentaires que nous avons énumérées, entre elles et avec les sensations d'autre nature.

Pour lui, la sensation de position des membres, la plus facile à explorer cliniquement n'est pas due à une sensation primitive irréductible. Une position donnée d'un membre suscite certaines sensations sur l'origine desquelles nous discuterons plus loin, mais dont l'ensemble est insuffisant à former à lui seul une représentation mentale, une image. C'est par association avec des souvenirs visuels antérieurs que se crée l'image mentale de la position du membre et de fait cette image est une image visuelle. La notion de position serait le résultat d'un *jugement*. Le mot est peut-être inexact car jugement suppose une opération mentale active, une comparaison. Tout en reconnaissant le bien fondé des arguments l'explication psychologique nous semble défectueuse. Il y a éveil de l'image visuelle par association, mais cette image visuelle apparait seule dans la conscience sans que l'esprit ait à intervenir activement. Il n'y a donc pas jugement si l'on admet qu'un jugement est à proprement parler un phénomène conscient.

Claparède fait de plus justement observer, et ceci est un argument contre la théorie de Cherchewski que la notion de position ne saurait exister en l'absence du mouvement. Cette assertion repose sur ce fait facile à vérifier qu'on a d'autant plus de peine à se rendre compte de la position d'un membre, que ce membre est immobile depuis plus longtemps comme cela arrive le matin au réveil, car il suffit du plus léger mouvement pour éveiller la notion absente. Tout en étant vraie d'une manière générale, cette explication ne saurait être généralisée.

La sensation de mouvement passif est un élément irréductible qui précède dans le temps la sensation de position et de direction. Et ici se place dans le travail de Claparède une discussion des plus intéressantes, car elle a pour objet l'étude des organes d'où provient cette sensation simple. Trois sortes d'organes sont à considérer, la peau, les muscles et les articulations avec les tendons. Or l'auto-analyse psychologique, si minutieuse qu'elle soit, est impuissante à nous révéler autre chose qu'une sensation de mouvement; elle ne peut en déterminer les sources. Wundt a dit à ce propos : « L'analyse de toutes ces sensations est particulièrement difficile car c'est leur association même que nous avons été habitués à rapporter aux mouvements des parties de notre corps. Chaque sensation élémentaire n'ayant de signification qu'en tant qu'elle fait partie du tout donné nous avons perdu la faculté de les percevoir d'une façon indépendante. »

Goldscheider cité par Clapacède a tenté de résoudre la question par l'analyse expérimentale. Partant de ce fait que si on empêche artificiellement l'avant-bras de se fléchir sur le bras, malgré l'e f

fort du biceps on n'a aucune sensation de mouvement, il croit pouvoir établir que les sensations musculaires proprement dites n'interviennent pas dans la formation de la notion de mouvement. Bien que faisant des réserves au sujet de cette expérience, Claparède admet que les sensations de mouvement proviennent pour la plus grande partie des articulations : « Leur source véritable, dit-il se trouve, dans le frottement, si léger soit-il, des surfaces articulaires, dans la tension ou le relâchement des capsules et des ligaments, dans l'extension ou le plissement de la peau, des tissus mous, des muscles et de leurs tendons, en particulier dans la tension de certains muscles et le relâchement simultané de leurs antagonistes ». Il y a donc chez lui un juste éclectisme, car tout en admettant la suprématie des sensations articulaires il se refuse à dénier toute participation aux sensations musculaires proprement dites.

Dans la production de la notion du mouvement actif il faut faire intervenir les mêmes sensations, mais avec quelque chose de plus. A la suite de Johannès Muller[1] beaucoup d'auteurs avaient été amenés à admettre l'existence d'une sensation spéciale accompagnant l'influx nerveux volontaire lancé par le cerveau. Cette théorie de l'origine centrale du sens musculaire n'est plus guère admise en tant que théorie exclusive. Wundt lui-même en qui elle se personnifiait parmi les contemporains admet les sensations musculaires périphériques et ne fait intervenir la sensation centrale et d'activité cérébrale qu'à l'occasion des mouvements actifs [2].

Cherchewski a repris la même idée et pour lui la sensation du mouvement actif est constituée par l'association de la sensation d'innervation d'origine centrale avec la sensation des attitudes segmentaires. Claparède se refuse à admettre cette sensation d'innervation et il montre le mal fondé des expériences qui prétendent prouver l'origine centrale du sens musculaire. Les sensations illusoires des amputés, ou Weir Abitchell avait vu cette preuve sont d'origine périphérique; notre maître, le professeur Pitres, a montré qu'elles disparaissaient par la cocaïnisation du moignon.

En l'absence de cette sensation d'innervation c'est l'existence de la représentation mentale du mouvement précédant son exécution qui d'après Claparède donne à ce mouvement son caractère volontaire. Et il montre comment on peut concilier les deux théories. « Dans la pratique, dit-il, cette idée de mouvement se trouve être consciente au moment même où le mouvement s'exécute, et comme il arrive alors de la périphérie un certain nombre d'impressions musculaires cutanées et articulaires, le tout se fusionne dans la conscience en un sentiment *sui generis*, assez vague en réalité et

[1] *Handbuch d. Physiologie*, II, p. 500, 1840.

[2] *Lehrbuch des Physiol. Psychologie* I, 1893.

qui est celui pour lequel Johannès Muller et Wundt avaient cru devoir forger une théorie spéciale. »

Les sensations fournies par les organes périphériques sont de plus différentes dans le mouvement actif et le mouvement passif; les sensations musculaires et articulaires sont plus vives dans le premier cas. Mais cette différence est secondaire pour la différentiation des deux notions dans la conscience. La notion de la direction du mouvement est une résultante formée de la notion de mouvement propre, avec les notions des positions successives engendrées par ce mouvement même.

La sensation ou notion de résistance que Beaunis, partisan convaincu des idées de Wundt déclarait être simplement due à la conscience que nous avons de notre activité motrice centrale, trouve pour Claparède une autre explication en conformité avec la théorie de l'origine périphérique du sens musculaire. Elle résulte de plusieurs éléments qu'il classe ainsi :

« 1° Dans le cas où un mouvement actif rencontre une certaine résistance les sensations musculaires et articulaires qui donnent lieu à la sensation primitive de mouvement acquièrent une intensité anormale; 2° La sensation kinesthésique qui a coutume d'être associée à ces impressions musculaires et à l'image qui les précède est absente puisque en fait le mouvement est empêché: 3° La tension des muscles atteint une importance considérable, bien plus grande que dans un mouvement non contrarié; 4° La pression cutanée contre l'obstacle intervient également, mais elle peut être considérée ici comme une sensation de peu d'importance relativement à celles qui précèdent. »

Par conséquent la notion brute de résistance résulterait d'un désaccord dans les associations habituelles. Elle nécessiterait elle aussi un jugement, une comparaison. Les autres notions, d'effort, de pesanteur seraient des variantes de cette notion de résistance. Dans le cas d'effort, il y a en plus des sensations habituelles qui indiquent la résistance, une série d'impressions de même nature, mais de sources différentes provenant des articulations et des muscles de la glotte et du thorax.

La notion de la différence de poids est due à des variations quantitatives de cette notion de résistance et l'appréciation de ces poids est le résultat d'une opération mentale beaucoup plus complexe dans laquelle interviennent des processus d'association.

Nous pouvons maintenant résumer en quelques mots les idées de Claparède. Il n'y a en somme pour lui que des sensations de mouvement, éléments psychologiquement irréductibles, mais physiologiquement analysables, et dans la formation desquels les sensations musculaires proprement dites entrent pour une large part. Les notions secondaires de position, de résistance, de mouvement actif ou passif sont des résultats soit de variations quali-

tatives de ces sensations de mouvement, soit de leur association avec d'autres éléments sensoriels ou mnésiques.

La théorie de Claparède est donc une théorie simpliste, surtout si l'on tient compte de ce fait qu'au contraire de Cherchewski, il n'admet que des éléments périphériques à l'exclusion d'un élément central du sens musculaire. Par de nombreux côtés son travail réalise un progrès sensible.

Le rôle des sensations musculaires proprement dites avait en effet été trop complètement écarté en tant que facteur de la sensation de mouvement. Pour notre part nous pensons que si dans la production de la sensation brute de mouvement le principal rôle est dévolu aux impressions articulaires et cutanées, il n'en est pas de même dans la perception des variations quantitatives du mouvement actif, c'est-à-dire dans l'appréciation des résistances. C'est ici semble-t-il la perception des variations d'intensité de la contraction musculaire qu'on doit surtout considérer. Notre maître le professeur Pitres a dit à ce propos : « La contraction d'un muscle est accompagnée d'une sensation toute particulière qui fait apprécier exactement le degré de durcissement actif des fibres musculaires[1]. » Si l'on veut réfléchir que dans ce mouvement actif quel qu'il soit, il y a toujours une certaine résistance représentée au minimum par le poids du membre à mouvoir, il est aisé de concevoir que la perception d'une résistance plus élevée est seulement le fait d'une variation quantitative de la sensation et que la notion de désaccord entre les associations habituelles qu'invoque Claparède n'a pas sa raison d'être. En effet cette idée de désaccord implique l'idée de la perception nette d'un empêchement au mouvement ce qui ne saurait se faire sans une opération mentale, sans un jugement. Or il nous parait que dans le fait de la sensation de résistance, aucun jugement n'intervient si, comme nous le disions plus haut, on admet que le jugement est un phénomène conscient. Le jugement est seulement nécessaire quand il s'agit de comparer entre elles deux sensations de résistance données, comme par exemple dans l'action de comparer entre eux des poids différents.

En ce qui concerne l'origine centrale ou périphérique du sens musculaire la question nous semble parfaitement élucidée par Claparède et nous nous rallions pleinement à sa manière de voir. Il semble bien en effet qu'il faille admettre à l'origine du mouvement actif un phénomène cérébral conscient, et que ce soit la reviviscence mnésique d'une image motrice préalablement enregistrée. Mais cette image motrice ne peut être elle-même qu'un résidu de sensations musculaires antérieurement perçues. Or,

[1] A. Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie.* Paris, 1891, vol. I, p. 110.

entre la conscience d'une représentation mentale et ce que les auteurs appellent sensation d'innervation, entendant par là la sensation de l'activité consciente des centres moteurs, il n'y a pas autre chose qu'une différence de mots pour désigner un fait identique.

Ceci nous amène à parler de l'origine de ces images motrices conservées dans la mémoire. Tout le monde est d'accord pour penser que les premiers mouvements du fœtus comme aussi probablement ceux du nouveau-né sont des mouvements réflexes. Or, dit Claparède, pour passer du mouvement réflexe au mouvement volontaire on tourne dans un cercle vicieux car « si l'on veut comprendre le mouvement volontaire il faut lui présupposer une image motrice, mais cette image motrice ne pourra se former qu'à la suite d'un mouvement conscient ».

C'est que Claparède admet que le mouvemeut réflexe est par définition non accompagné de phénomènes psychiques conscients. Il n'en est point tout à fait ainsi. Sans doute il peut y avoir mouvement réflexe en dehors de toute conscience, mais chez l'individu normal les mouvements réflexes des membres donnent lieu à une représentation consciente au même titre que les mouvements passifs. L'individu qui a les yeux fermés et dont on percute pour la première fois le tendon rotulien a conscience de la projection de sa jambe en avant, encore que ce mouvemont soit parfaitement involontaire. Le mouvement instinctif que Claparède admet après Wundt et qui participerait à la fois du réflexe, car il ne pourrait être déterminé que d'une manière possible et sans que la volonté puisse y prendre part et du mouvement volontaire proprement dit parce qu'il donne lieu à des impressions conscientes susceptibles de laisser des traces dans la mémoire, nous parait donc un intermédiaire superflu. Les mouvements du fœtus sont certainement inconscients, mais les mouvements réflexes du nouveau-né donnent déjà lieu à des images motrices qui seront l'origine des futurs mouvements volontaires. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

UN CAS D'HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL;

Par le Dr RAOUL LEROY,
Médecin adjoint de l'Asile des aliénés d'Évreux.

Si on élimine les troubles sensoriels d'origine alcoolique que présentent souvent les paralytiques généraux, on peut dire que les hallucinations propres à l'encéphalite interstitielle diffuse sont relativement assez rares. Falret, Millet, Thomeuf, Fournier vont même jusqu'à en contester l'existence, mais la majorité des aliénistes les admettent soit en les considérant comme rares (Lunier, Lasègue, Marcé, Baillayer, Dagonet, Westphall, Krafft-Ebing, Magnan) soit en les regardant comme fréquentes (Michéa, Trélat. Morel, Brierre de Boismont, Foville, A. Voisin, Girma, Luys, Christian et Ritti, Claüs, Schüle, Obersteiner). Notre collègue et ami le Dr Baruk, qui a examiné dans sa thèse les différentes opinions des auteurs, arrive à cette conclusion que les hallucinations chez les paralytiques généraux se présentent à peu près dans le tiers des cas et que les sens les plus fréquemment affectés sont ceux de la vue et de l'ouïe.

Les hallucinations psycho-motrices n'avaient guère été observées avant 1894 que par M. le Dr Girma qui en rapporte trois exemples dans sa thèse, en les notant simplement. C'est à M. le Dr Sérieux que l'on doit le premier travail intéressant sur ces faits[1], travail publié à l'occasion du cas d'une malade paralytique générale qui présenta des hallucinations motrices verbales, accompagnées de mouvements involontaires de mastication ou de grincements des dents, et un délire des persécutions entretenu par ces troubles psycho-sensoriels. L'autopsie montra, entre autres choses, des lésions de méningo-

[1] Sérieux. *Archives de Neurologie*, mai 1894.

encéphalite localisées au niveau du centre moteur du langage et des centres masticateurs.

Nous avons eu l'occasion de suivre pendant deux ans, à l'asile des aliénés d'Evreux, un paralytique général qui présenta également des hallucinations psycho-motrices et dont l'observation nous a paru intéressante.

Ce malade, dégénéré héréditaire, syphilitique, est atteint de tabes en 1893, puis présente des symptômes de paralysie générale en 1897. Sous l'influence d'excès alcooliques, il fait un véritable délire hallucinatoire (hallucinations visuelles, auditives, kinesthétiques), où les idées de grandeur les plus absurdes se joignent aux conceptions les plus incohérentes. Au bout de quelques mois ce délire cesse et est remplacé par une période de rémission.

Pendant cette période de rémission, sans nouvel appoint alcoolique, se manifeste un délire mélancolique avec idées de persécution, délire accompagné de nombreuses hallucinations de l'ouïe et d'hallucinations psycho-motrices. Par intervalle, ces troubles sensoriels devenant très actifs déterminent des idées de suicide et de violentes impulsions. Cette complication délirante de la paralysie générale semble due à l'hérédité du malade dont le père présenta également des idées mélancoliques. « Ces troubles psychiques accessoires[1] ne sont pas en relation avec telle ou telle des lésions anatomiques. Celles-ci n'agissent qu'en produisant l'affaiblissement intellectuel, grâce auquel peuvent, à leur tour et dans certaines circonstances, se manifester des états délirants. L'hérédité psychopathique ne perd pas son influence et intervient plus d'une fois dans la genèse d'un épisode délirant. L'alcool est la pierre de touche de la résistance cérébrale ; il décèle les prédispositions vésaniques latentes. Il en est de même de l'encéphalite interstitielle : à peine le cerveau est-il touché par la lésion que les aptitudes délirantes du sujet se révèlent, précédant ou masquant les signes d'affaiblissement intellectuel : tels sont, par exemple, les accès mélancoliques qui se montrent chez certains individus que leurs antécédents héréditaires prédisposent à cette spécialisation vésanique. »

L'autopsie du malade révéla quelques faits intéressants au sujet de la pathogénie de ses hallucinations psycho-motrices,

[1] Magnan et Sérieux. *La paralysie générale.*

qu'il attribuait à « du monde dans l'estomac ». Il mourut de cancer de l'estomac et ses méninges présentaient des adhérences au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche (siège du centre des images verbales).

Observation. — *Paralysie générale survenue chez un tabétique. Dégénérescence mentale héréditaire. Syphilis. Accès maniaque avec idées incohérentes de grandeur et délire hallucinatoire très intense, sous l'influence d'excès alcooliques. Rémission. Délire mélancolique avec idées de persécution. Tentative de suicide. Hallucinations multiples, auditives, visuelles, psycho-motrices. Mort par cancer primitif de l'estomac et cancer secondaire du foie.*

Autopsie : *encéphalite chronique interstitielle avec adhérences méningées localisées à la partie antérieure de l'hémisphère gauche, deuxième et troisième frontales, extrémité inférieure de la frontale ascendante. Sclérose des bandelettes externes des cordons postérieurs de la moelle.*

Eugène X..., chauffeur mécanicien, est né en 1854. Son père est mort de ramollissement cérébral à l'asile des aliénés d'Evreux où il était entré pour démence sénile avec idées de grandeur et idées de persécution; il avait des hallucinations de l'ouïe et croyait qu'on allait le guillotiner. Sa mère, décédée encore jeune, avait des crises convulsives de nature probablement hystérique. Une de ses cousines germaines du côté paternel est internée à l'asile d'Evreux depuis 1868 pour idiotie avec cécité. Le malade eut dix frères et sœurs. La plupart moururent en bas âge, sauf un frère paraissant jouir actuellement d'une santé satisfaisante et une sœur mariée dont la fille est paralysée du côté gauche.

Eugène X... eut une enfance délicate, se développa tardivement et présenta des convulsions à plusieurs reprises. Il contracta la syphilis à l'âge de vingt ans en 1874 et fut soigné pendant huit mois avec des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium. Marié l'année suivante, il eut deux enfants l'aîné mort-né et une fille aujourd'hui mariée et bien portante.

Ce fut en 1893 que le malade se vit forcé d'interrompre son travail de mécanicien au chemin de fer à cause de *crises gastriques intenses, périodiques* et de vomissements alimentaires puis muqueux. Le médecin, en raison des habitudes éthyliques de son client, pensa à une gastrite alcoolique et le mit au régime du lait. L'affection était plus sérieuse. Les crises gastriques « si atroces, au dire du malade, qu'il voulait s'ouvrir le ventre avec un couteau », durant trois à quatre jours et cessant tout à coup comme par enchantement étaient le premier symptôme d'un *tabes dorsalis*. Eugène X... éprouva au bout de quelques mois des *douleurs fulgurantes* dans les jambes comparables au passage d'une étincelle

électrique, *des douleurs en ceinture* siégeant au niveau de la poitrine et enserrant le thorax comme dans une cuirasse, des fourmillements dans les membres inférieurs.

Sa famille inquiète le conduisit à la consultation de la Salpétrière où les Drs Souques et Dutil firent le diagnostic de tabes dorsalis et lui ordonnèrent des pointes de feu sur la colonne vertébrale, des pilules de nitrate d'argent à 1 centigramme et de l'iodure de potassium. Leur examen avait donné les résultats suivants: (mai 1894).

Abolition du réflexe rotulien (signe de Westphal).

Impossibilité de se tenir debout les yeux fermés (signe de Romberg).

Disparition du réflexe à la lumière et conservation du réflexe à l'accommodation (signe d'Argyll Robertson).

Le Dr Trousseau des Quinze-Vingts, rédigea à la même époque la consultation ci-jointe : « Il n'y a au fond des yeux que de légers staphylomes postérieurs. La pupille droite est dilatée. il y a une parésie de la pupille et du muscle ciliaire. Pour le moment le malade n'accuse aucune diplopie mais il voit double de temps en temps, ce qui doit tenir à une parésie de la troisième paire droite. »

Eugène X... continue à suivre son traitement pendant l'année 1895 et peut, malgré son affection de la moelle, s'occuper comme chauffeur dans une usine. L'année 1896 n'amène aucune diminution dans les symptômes tabétiques. Par moments, les jambes du malade fléchissent, le laissant tomber à terre dans la rue, dans sa chambre, sans que rien ne puisse faire prévoir cette chute. Le sol ne lui offre aucune résistance sous les pieds et lui donne la même sensation que du sable. Eugène X... éprouve des engourdissements, des fourmillements dans les jambes et les pieds, voit des mouches noires voltiger devant ses yeux et souffre fréquemment de maux de tête comparables à des coups de marteau.

C'est au commencement de 1897 que la femme est frappée du changement survenu dans le caractère de son mari. Il se montre tantôt sombre, agressif, taciturne, restant des journées entières sans parler à personne, tantôt loquace, incohérent. L'intelligence diminue, le malade raconte des faits contradictoires, oubliant ce qu'on lui a dit la veille. Son langage est enfantin, niais et par intervalle incompréhensible, certains mots ou certaines fins de mots ne pouvant plus être prononcés distinctement.

De plus, le malade éprouve des besoins génésiques invraisemblables, et se met à boire d'une façon immodérée. En avril 1897, ictus, la perte de connaissance dure environ cinq minutes.

Sous l'influence des excès alcooliques, Eugène X... devient subitement délirant. Le 15 juin 1897, il se met complètement nu dans sa chambre, se rhabille et va se promener dans la forêt voisine, secouant les arbres, appelant les oiseaux et voyant courir dans les

herbes des milliers de couleuvres et de sangliers. Il part sur les bords de la rivière et se met à pêcher sans ligne avec une simple baguette. En revenant le soir à la maison, il embauche tout le monde sur la route pour monter une usine colossale ; il est millionnaire, possède des châteaux, des usines dont les murailles sont en or, se croit généralissime, prince, empereur, distribue libéralement aux premiers venus titres, dignités et fortune fabuleuse ; les wagons du chemin de fer lui appartiennent et lui apportent des tonneaux d'or.

Quelques jours après ses extravagances, Eugène X... entre à l'asile des aliénés d'Evreux avec le certificat suivant rédigé par M. le Dr Colin, médecin du service des aliénés de la maison centrale de Gaillon : « Paralysie générale progressive, embarras de la parole, idées de grandeur et de richesse, excitation généralisée, dans ces derniers jours de maladie, a fait des excès génitaux et alcooliques. »

Au physique, c'est un homme petit, amaigri offrant de nombreux stigmates de dégénérescence : asymétrie faciale, malformations dentaires, grandes oreilles détachées de la tête, mal ourlées, voûte palatine rétrécie, asymétrique. Il est dans un état d'agitation extraordinaire et se met, dès son arrivée, à mesurer le terrain de l'asile pour l'acheter et y faire construire des usines gigantesques. Isolé en cellule, le malade déchire ses habits, ses draps, casse les carreaux, gâte sous lui et présente un délire hallucinatoire très intense dont voici un aperçu sommaire :

X... aperçoit derrière le carreau de sa cellule le géant des îles, c'est un de ses camarades qui lui dit être marié avec la reine Olga. Dieu défait le carreau de la porte et entre dans la cellule, le malade le prend par le pied, mais l'apparition monte au plafond et disparaît. Une voix lui crie « passe ta paille sous la porte, je vais y mettre le feu, tu prendras une corde jetée par-dessus le mur qui te conduira jusqu'à Gaillon par la rivière de l'Iton, nous t'enlèverons avec des ballons, nous mettrons le feu aux meules de paille sur la route ».

Puis ce sont des wagons d'or qui entrent dans la pièce, traînés par une locomotive sur laquelle il monte et qu'il conduit. Son père, ses frères, sa mère, ses oncles, morts depuis longtemps, ressuscitent et viennent se coucher à ses côtés. Il les voit, les palpe et assiste à mille transformations fabuleuses. Ses parents se changent en éléphants, en sangliers et ont tous des jambes de girafe. Son père le regarde fumant sa pipe dans le ventre d'un cochon vivant, toute la famille entre dans le ventre d'un éléphant couché sur le lit. Sa femme et sa fille l'appellent par la fenêtre : « Viens à Paris, disent-elles. Tu sais bien que tu as canalisé la Seine de Paris au Havre, on va te brûler au four crématoire. Fais 400 fois le tour de ta cellule et tu trouveras alors un trou pour sortir. Tu iras dans

le ventre d'une baleine où tu vivras 400.000 ans » et le malade fait constamment le tour de sa cellule à grands pas. La baleine entre dans la cellule escortée de ses parents, puis la scène change, il se trouve au milieu de hautes montagnes taillées à pic.

D'autres jours, Eugène X... se promène sur la mer, visite les îles inconnues, pêche des poissons fantastiques et marche sur du sable parsemé de diamants. Ou bien à la tête de ses armées, il fait la guerre à l'Allemagne, le canon tonne, la fusillade éclate, la multitude innombrable des soldats l'acclame. Il arrive en Russie avec ses généraux pour conclure un traité avec l'empereur Nicolas II qui le reçoit au milieu de sa cour et pousse la familiarité jusqu'à lui donner une gifle. Il va ensuite à l'île du diable délivrer Dreyfus attaché à un piquet, le gracie et a des relations intimes avec la femme de ce dernier, relations qu'il décrit avec force détails.

Le malade vit constamment dans un monde imaginaire. Les murs de sa cellule lui semblent des caveaux remplis de têtes d'hommes ; il veut construire des maisons jusqu'aux nuages et faire tourner la terre sur des galets. Des voix lui commandent d'agrandir le soleil et d'y mettre un tube au centre. Dieu descend du soleil avec une immense bande de toile blanche qu'il doit vendre ; il se croit camelot, déchire ses draps, ses habits et les vend à haute voix.

Le sommeil lui est impossible, il doit marcher toute la nuit la tête couverte d'un drap, sinon les voix l'insultent : « fainéant, fainéant, veux-tu te lever ». Le soleil lui dit : « fais 7 pas, crache 7 fois et tu guériras ta vérole ».

Cet état hallucinatoire avec agitation et gâtisme se calme assez rapidement au bout de deux mois. Au commencement de septembre 1897, Eugène X... devient propre, recouvre le sommeil, ne délire plus et n'accuse aucune hallucination de la vue et de l'ouïe.

Nous pouvons alors l'interroger et voici le résultat de notre examen confirmant le diagnostic de paralysie générale :

Affaiblissement intellectuel avec perte de la mémoire, oublie facilement ce qu'il a fait, répète imparfaitement un article de journal qu'il vient de lire.

Achoppement syllabique très net.

Attention faible, idées mobiles et contradictoires.

Se rend compte du temps et du lieu et ne présente plus aucune idée délirante de grandeur.

Légère inégalité pupillaire D > G, les pupilles ne se contractent pas à la lumière, ni à l'accommodation.

Pas de ptosis, pas de diplopie, mouches volantes devant les yeux.

Sifflements presque continuels dans l'oreille droite.

Léger tremblement des lèvres et de la langue, tremblement plus accentué des mains.

Au point de vue des symptômes tabétiques nous notons :

Absence complète des réflexes du genou, du tendon d'Achille, du coude et du poignet.

Impossibilité de se tenir debout les yeux fermés.

Troubles de la marche peu accentués, appréciables seulement en faisant marcher le malade « au commandement » et en lui ordonnant de descendre un escalier.

Fourmillement dans les deux derniers doigts des mains, surtout dans le petit doigt de la main droite.

Sensibilité tactile retardée aux membres inférieurs ; sensibilité thermique normale ; sensibilité à la douleur considérablement diminuée ; il existe même des plaques d'anesthésie à la plante des pieds. Pas d'hémiparésie. Pas de troubles trophiques.

L'auscultation du cœur ne dénote aucun symptôme morbide, sauf des bruits sourds et mal frappés. Les artères radiales sont athéromateuses ; les pulsations normales. En raison des antécédents spécifiques du malade, on lui prescrit des frictions mercurielles alternant avec de l'iodure de potassium.

Le mois d'octobre amène encore de l'amélioration et le malade, entré dans une véritable période de rémission, va travailler aux ateliers de serrurerie de l'asile où il s'occupe d'une manière satisfaisante. Il accuse seulement de temps en temps des maux de tête et quelques étourdissements avec engourdissements passagers du bras droit.

Cet état de rémission se maintient pendant deux mois et Eugène X... est rendu à sa famille le 29 novembre 1897, se portant bien physiquement et ayant beaucoup engraissé. Il est calme, ne délire pas, raconte en riant les hallucinations fantastiques des jours d'agitation et conserve seulement comme troubles morbides un certain affaiblissement intellectuel, quelques accrocs de la parole, de l'inégalité pupillaire D > G et ses symptômes tabétiques.

Dix jours après sa sortie, le malade est ramené à l'asile ; l'amélioration ne s'était maintenue que cinq à six jours et avait été interrompue par un délire franchement mélancolique avec idées de culpabilité et idées de persécution. Eugène X... nous revient sombre, inquiet, tremblant, il est ruiné, perdu, déshonoré, il est un grand assassin et demande la mort ; des voix l'insultent, lui reprochent ses crimes. Un tableau noir présent devant ses yeux porte le nom du candidat pour lequel il doit voter aux élections législatives et lui dicte sa conduite politique. L'agitation est extrême, X... déchire ses draps, se roule à terre, frappe aux murs, entend la voix de sa femme et des menaces terribles.

23 *décembre* 1897. — L'excitation s'apaise et est remplacée par un grand état de confusion mentale, le malade est inconscient, obnubilé, demande où il se trouve et ne se rappelle pas sa dernière

crise d'agitation. Les idées de persécution sont aussi actives : on veut l'empoisonner, on lui envoie du fluide sur la figure et des mouches noires devant les yeux.

14 *janvier* 1898. — Persistance des hallucinations de la vue et de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale : des voix lui disent que le déluge arrive, il entend le son des cloches, il voit des curés qui dansent dans la cour et sur son lit. On lui envoie à la figure des poignées de poudre blanche, on l'injurie.

L'aspect du malade est celui d'un enfant craintif, il se cache sous les lits, sous l'escalier, sous les tables, craignant qu'on lui fasse du mal. Ces troubles sensoriels déterminent parfois des accès d'angoisse avec cris et agitation. X... manifeste alors des intentions de suicide et demande du poison pour en finir avec la vie. Le 22 janvier son gardien le trouve à moitié asphyxié, étranglé par sa cravate qu'il serre de toutes ses forces autour de son cou; on doit le surveiller étroitement.

4 *février* 1898. — Nous constatons à la visite une violente crise d'agitation, le malade s'est déshabillé complètement dans la cour et lorsque nous lui en demandons la cause, il nous répond « qu'il n'est pas libre de ses actions, qu'on le fait chanter, qu'on le fait parler malgré lui et qu'il préférerait être guillotiné ». En poussant plus loin l'examen, nous constatons la présence d'*hallucinations psycho-motrices* très nettes. Le malade se plaint d'avoir « du monde dans l'estomac », ce monde lui parle, le pousse à dire ce qu'il dit et l'a forcé ce matin à se mettre tout nu. Il est impossible de se rendre compte si ces hallucinations psycho-motrices s'accompagnent de mouvements de la langue, l'affaiblissement intellectuel étant trop considérable.

Pendant les mois de février et mars 1898, nous observons à maintes reprises la présence successive ou simultanée d'hallucinations auditives communes (sonneries de cloches); d'hallucinations auditives verbales (menaces entendues par l'oreille); d'hallucinations motrices verbales (voix intérieures dans l'estomac). Ces hallucinations psycho-motrices ont toujours un caractère pénible en rapport avec le délire mélancolique du malade, délire qu'elles contribuent à entretenir : on lui fait des reproches, on l'accuse de crimes épouvantables et le malheureux répète « qu'est-ce que j'ai fait, maie tuez-moi donc ». Eugène X... explique bien que les personnes qui sont dans son estomac ne lui parlent pas à l'oreille, mais qu'il les entend intérieurement, en dedans de lui-même. On ne saurait, du reste, trouver chez un paralytique général l'hallucination motrice verbale aussi bien décrite que chez le délirant chronique qui a conservé toute sa lucidité d'esprit.

Nous ne saurions dire si ces hallucinations motrices se sont reproduites pendant un temps prolongé car à partir du mois de mai 1898 l'intelligence d'Eugène X... baisse considérablement. Il

est apathique, inconscient, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, le gardien doit le mener à table et le faire coucher. Il a de temps à autre des accès de violente agitation où les idées de persécution deviennent très actives sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe plus intenses. Le malade entend dire qu'on va lui couper le cou, le brûler, lui arracher les yeux. il prétend qu'on l'empoisonne, que ses voisins l'injurient et il se met à courir de toutes ses forces au risque de tomber. Parfois même il se précipite subitement sur un autre aliéné et essaie de le frapper.

En juillet 1898, l'affaiblissement intellectuel est de plus en plus considérable, l'inconscience absolue. Les troubles physiques sont les suivants : embarras de la parole très prononcé ; inégalité pupillaire > G D; brouillards devant les yeux ; sonneries dans l'oreille droite ; vertiges fréquents, fourmillements dans les deux mains, céphalée, gâtisme intermittent ; symptômes tabétiques stationnaires.

Vers la fin de l'année 1898, le malade, qui conserve les mêmes idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe, accuse des *idées hypochondriaques* : sa gorge est obstruée, son estomac est bouché, ses aliments ne passent pas. Il se cachectise, maigrit beaucoup et sa peau prend une teinte terreuse. L'alimentation est cependant bonne sans aucun trouble gastrique apparent, du reste X... a toujours bien digéré et n'a jamais mangé gloutonnement comme la plupart des paralytiques généraux.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative. Une injection de bleu de méthylène, faite d'après la méthode de MM. Achard et Castaigne, indique une perméabilité rénale considérablement diminuée.

L'année 1899 amène un état démentiel complet, le malade reste toute la journée inerte, endormi, « assoupi comme une marmotte» selon l'expression de son gardien, ne causant à personne, ne s'intéressant à rien, son aspect est à peu près celui d'un mélancolique en stupeur. Toutes les semaines environ, il présente des accès de mélancolie avec violente agitation. Des voix l'accusent « de manger l'aimant, d'assassiner les gens », on va le tuer, le faire rentrer en terre, lui arracher les yeux, lui couper les jambes. Pendant ces crises qui durent une ou deux heures, le malade est très agité et violent, essayant même quelquefois de sauter à la gorge de ses voisins et de les étrangler.

La déchéance physique suit la déchéance intellectuelle, l'amaigrissement augmente, les jambes enflent et le malade s'alite en juin 1899, pour des vomissements muqueux presque aqueux et une diarrhée persistante. L'appétit est nul ; pas de douleurs stomacales ; pas d'hématémèses ; la peau est absolument terreuse. La palpitation du ventre indique un foie très volumineux, de surface inégale, pas de tumeur épigastrique. Le 10 juillet, l'apparition d'une

phlegmatia alba dolens de la jambe droite, vient affirmer l'existence d'un *cancer*. La mort arrive le 24 juillet 1899.

Autopsie faite vingt-quatre heures après le décès. — *Crâne :* résistant, d'épaisseur normale ; la *dure-mère* est dépolie, non congestionnée, sans adhérences à la voûte cranienne.

Hémisphère gauche, 625 grammes ; pas de suffusions sanguines. Les méninges minces sur le lobe occipital, plus épaisses à la partie antérieure présentent des opalescences le long des scissures. Elles se décortiquent facilement sur la grande partie de l'hémisphere et adhèrent seulement sur le lobe frontal. Les ulcérations caractéristiques sont peu accentuées et se montrent *sur la deuxième et la troisième frontale ainsi que sur l'extrémité inférieure de la frontale ascendante*. Le ventricule latéral renferme quelques granulations épendymaires. *Hémisphère droit*, 635 grammes ; pas de suffusions sanguines. Les méninges assez épaisses, présentent des opalescences le long des scissures et se décortiquent facilement sur toute la surface de l'hémisphère. — Le ventricule latéral renferme quelques granulations épendymaires. A la coupe, le cerveau est pâle et ne présente aucune lésion en foyer dans les hémisphères ; pas d'athérome artérielle appréciable.

Cervelet, 150 grammes ; pâle, méninges minces non adhérentes ; pas de lésions en foyer. — *Protubérance*, 17 grammes. Le quatrième ventricule offre de nombreuses granulations sur le toit et sur le plancher. — *Moelle*. Dégénération grise des cordons postérieurs au niveau des bandelettes externes. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Poumons normaux, emphysème des bords. — *Cœur*, 258 grammes ; petit, flasque, fibres musculaires de coloration feuille morte ; surcharge graisseuse du ventricule droit, les orifices sont normaux. — *Aorte*, légèrement dépolie, non dilatée ; artères coronaires saines. — *Estomac :* Tumeur cancéreuse volumineuse siégeant au niveau de la petite courbure. Cette tumeur formée de masses grisâtres, ulcérées, respecte les orifices. — *Foie* énorme, 3.150 grammes. La surface inégale montre de nombreuses saillies, les unes arrondies, les autres déprimées et cupuliformes à leur centre. Ces marrons cancéreux sont isolés et de dimensions variables, leur délimitation est nette ; trois d'entre eux situés dans le bord postérieur du foie sont énormes, de la grosseur du poing et complètement ramollis. A la coupe, ces nodosités sphéroïdales sont d'une coloration blanc jaunâtre tranchant sur le fond rouge-brun du parenchyme. Le tissu hépatique respecté est congestionné et gras.

La capsule est adhérente et on constate des adhérences entre le foie, l'estomac et les organes voisins. — *Rate*, 180 grammes, normale. — *Rein droit*, 118 grammes ; petit, congestionné, la capsule épaisse s'enlève facilement, la surface de l'organe est rouge

et parsemée d'étoiles de Vereheyen. A la coupe, la substance corticale est réduite d'épaisseur et a subi la dégénérescence graisseuse. — *Rein gauche*, 158 grammes, gros, bosselé, congestionné, capsule épaisse; à la coupe, mêmes lésions de dégénérescence graisseuse très accentuée.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XLVIII. Névrites hémiplégiques par intoxication oxy-carbonée. Valeur de l'électro-diagnostic; par P. Lereboullet et F. Allard.

Les accidents nerveux qui surviennent à la suite de l'empoisonnement par la vapeur de charbon sont nombreux et variés.

Ce qui vient compliquer la difficulté de leur diagnostic, c'est qu'à côté des paralysies névritiques, à côté des paralysies hémiplégiques d'origine centrale, on peut encore en observer un autre groupe, où l'hystérie joue le principal rôle. Dans cette intoxication comme dans les autres (sulfure de carbone, plomb, mercure, etc.) l'hystérie peut venir, à la faveur de l'intoxication, provoquer divers accidents d'allure souvent complexe, et dont la vraie nature peut être difficile à reconnaître.

Or, dans ces cas où le diagnostic entre la névrite périphérique d'origine toxique et la paralysie hystérique reste hésitant, l'examen électrique peut trancher la difficulté.

C'est ainsi que dans l'intéressante observation rapportée par MM. Lereboullet et Allard, relative à un cas de névrite périphérique à forme hémiplégique, il résulta de l'examen électrique que l'hypothèse de monoplégie hystérique, cliniquement admise pour le membre supérieur, devait être formellement rejetée, et qu'à ce membre supérieur existait une névrite, à la fois motrice et sensitive, frappant en même temps toutes les branches terminales du plexus brachial. Au membre inférieur, la névrite était purement motrice et localisée, comme l'examen clinique avait permis de le constater, au nerf sciatique et particulièrement à la branche poplitée externe.

L'examen électrique peut avoir aussi une valeur pronostique par la constatation ou l'absence de la réaction de dégénérescence. (*Revue neurologique*, juillet 1899.) E. Blin.

XLIX. **Quatre observations de tremblement**; par le professeur BOINET.

Dans le premier cas, il s'agit d'un officier chez qui, après des attaques de choléra est survenue une atrophie du membre supérieur droit en même temps que se manifeste un tremblement comparable à celui de la sclérose en plaques. Il est difficile de savoir si cette atrophie du membre supérieur est due à la présence d'une plaque de sclérose sur la moelle ou à une névrite périphérique d'origine infectieuse.

Dans les trois cas suivants, le tremblement est d'origine hystérique ; à type de sclérose en plaques dans la deuxième observation, parkinsonnien dans les deux autres. (*Revue neurologique*, juin 1899.) E. B.

L. **A propos de la chorée variable de Brissaud. Trois observations de chorée**; par COUVELAIRE et CROUZON.

En 1896, M. Brissaud décrivait à côté de la chorée mineure et à côté de la chorée chronique progressive héréditaire un type nouveau de chorée qu'il appelait du nom de chorée variable des dégénérés. Ce nouveau type était caractérisé par la multiplicité, la variété des mouvements dans l'espace, par les rémissions et la variabilité dans le temps, enfin, par la présence des stigmates de dégénérescence chez les sujets atteints. Les trois observations publiées qui présentent toutes le même caractère de tendance à la chronicité et de variabilité des mouvements, forment, par leur groupement, trois degrés intermédiaires à la chorée de Sydenham et à la chorée variable des dégénérés. En effet, tandis que la première semble entrer dans le groupe de la chorée variable de Brissaud, tandis que la troisième est une forme de la chorée de Sydenham, la seconde est une forme de transition, une chorée chronique non progressive de Ziehen. (*Revue neurologique*, Juin 1899.) E. B.

LI. **Hypertrophie pseudo-acromégalique segmentaire de tout un membre supérieur, avec troubles syringomyéliques ayant la même topographie**; par A. CHAUFFARD et V. GRIFFON.

L'augmentation des dimensions du bras droit est totale, depuis la racine jusqu'à l'extrémité. Alors que le poignet droit a 22 cent. 1/2 de circonférence, le gauche n'en a que 17 1/4 ; le bras droit a 33 centimètres de circonférence et le bras gauche 28 1/2 seulement. D'autre part, la force dynamométrique donne 32 du côté gauche et 24 seulement pour la main droite.

L'hypertrophie du bras droit paraît porter surtout sur le système osseux ; la peau a conservé son aspect normal.

En même temps, tout le long du membre supérieur droit, dans la région de l'épaule, dans la partie droite du cou et la joue droite, la sensibilité au contact se trouve diminuée, la sensibilité à la douleur, au froid et à la chaleur est abolie.

Cette observation est particulièrement intéressante : d'une part, par la coïncidence topographique exacte des troubles syringomyéliques et de l'hypertrophie ; en second lieu par ce fait que chez ce malade il n'y a pas eu seulement chiromégalie, mais bien hypertrophie segmentaire de tout le membre supérieur jusques et y compris la clavicule et l'omoplate : c'est la première fois que cela ait pu être constaté. (*Revue neurologique*, mai 1899.) E. B.

LII. Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques ; par le Dr Charon.

Si les fractures spontanées sont peu fréquentes, elles ne sont pas absolument rares chez les épileptiques et elles présentent quelques particularités qui permettent le plus souvent, sinon d'affirmer le diagnostic, au moins de le rendre très probable.

L'auteur a pu observer, chez des épileptiques, cinq cas de fractures spontanées dont trois pour le fémur et deux pour l'humérus. Ces cinq cas comportaient comme symptômes communs : siège de la fracture un peu au-dessous du tiers supérieur, direction de la fracture très oblique de haut en bas et de dehors en dedans, œdème de la région avec ecchymose très étendue occupant, pour la cuisse, toutes les régions postérieure et interne ; pour les bras, les régions antérieure et interne.

Au point de vue du diagnostic clinique, lorsque, chez un épileptique avéré ou individu présentant des signes d'un accès convulsif récent, on se trouvera en présence d'une fracture du fémur ou de l'humérus, on devra songer à la possibilité d'une fracture spontanée ; lorsqu'on constatera que le siège de cette fracture est aux environs de la partie médiane de l'os, que sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, que la cuisse ou l'avant-bras présente un œdème et une ecchymose considérables suivant particulièrement la direction des grands muscles fléchisseurs et adducteurs, qu'il n'existe aucune plaie ni contusion, indices d'un choc ou d'une chute pouvant produire une fracture directe ou indirecte, on pourra déclarer la fracture très probablement spontanée ; si les commémoratifs ou l'examen personnel permettent de considérer comme certain que, au moment de l'accident, il existait une immobilisation des extrémités supérieures des leviers osseux (bassin ou épaule) et que les parties inférieures desdits leviers (jambe, avant-bras) se trouvaient entravées dans leurs mouve-

ments de flexion et d'adduction, on pourra affirmer la spontanéité de la fracture.

Le diagnostic des fractures spontanées présente une grande importance au point de vue de la médecine légale. (*Annales médico-psychologiques*, août 1899.) E. B.

LIII. Théorie cérébrale de la respiration de Cheyne-Stockes; par M. Rabé. (*Presse médicale*, 13 mai 1899.)

A l'hypothèse, d'après laquelle la respiration de Cheyne-Stockes serait due à un trouble de l'activité fonctionnelle du bulbe, siège des centres moteurs de la respiration, tend à se substituer aujourd'hui une théorie qui attribue à ce phénomène une origine cérébrale. D'après cette théorie, qu'admettent de nombreux auteurs, en particulier M. le professeur Richet et son élève Pachon, la fréquence et le rythme de la respiration ne dépendent pas exclusivement de l'activité des centres bulbaires ; le cerveau exerce à l'état normal une influence régulatrice sur ces centres et la diminution ou la suppression de cette influence se manifeste par une respiration irrégulière, intermittente, par le rythme Cheyne-Stockes. Il est établi que, si ce mode respiratoire peut se produire au cours des affections les plus diverses, lésions méningo-encéphaliques (tumeurs, hémorrhagies, paralysie générale, méningites aiguës), grandes infections (fièvre typhoïde, variole, pneumonie), intoxication, soit endogènes (urémies), soit exogènes (chloral, morphine, oxyde de carbone); son apparition est toujours précédée, ou au moins accompagnée par les symptômes d'une inhibition cérébrale profonde, par les signes nettement accusés de la perte de l'influx nerveux encéphalique.

La théorie cérébrale de la respiration de Cheyne-Stockes se concilie fort bien avec l'hypothèse émise par MM. Stern et Pic, qui fait de ce phénomène l'un des éléments d'un syndrome périodique, caractérisé par l'évolution parallèle de ce mode respiratoire, et d'un ensemble de symptômes qui relèvent de diverses sphères de l'activité nerveuse (psychisme, motricité, sensibilité, vasomotricité); ces divers systèmes subissent de véritables éclipses rythmiques de leur excitabilité, et, presque toujours, les périodes d'excitabilité et de repos se succèdent, exactement synchrones aux stades de polypnée et de pause respiratoire. A. Fenayrou.

LIV. Les plis cutanés formés par les adducteurs de la cuisse dans la paralysie infantile, par J.-K.-A. Wertheim Salomonson. (*Neurolog. Centralblatt*, XVIII, 1899.)

Chez les jeunes enfants bien nourris, on trouve toujours à la face interne de la cuisse, à trois ou quatre centimètres au-dessous du périnée, un pli de la peau : c'est le pli des adducteurs. Chez les

enfants plus âgés et même chez l'adulte il devient une dépression légère à qui regarde les contours de la cuisse par devant. Cette fossette correspond anatomiquement à l'endroit où les adducteurs passent sous le couturier et le triceps crural, elle est en rapport avec le lieu d'entrecroisement du bord supérieur du couturier et des adducteurs. Nette chez les hommes musclés, elle l'est moins chez les femmes grasses. Elle est située chez l'adulte aux deux tiers ou aux trois quarts de la hauteur de la cuisse, à peine au milieu chez les nourrissons. La fossette de l'adulte provient bien du pli cutané des nourrissons car l'étude des enfants aux différents âges montre qu'il est d'autant plus bas qu'ils sont plus âgés. Si l'on constate des différences de hauteurs notables de ce pli chez les nourrissons et les enfants qui marchent, ces différences diminuent progressivement chez les enfants plus âgés. L'abaissement du pli cutané des adducteurs tient et à la modification de fonction des extenseurs et au développement de la cuisse.

Chez les enfants qui ne marchent point, les adducteurs et le psoas iliaque l'emportent physiologiquement sur le triceps crural, car ils reposent les genoux relevés. Le décubitus, les jambes allongées, ne se voit que longtemps après qu'ils ont commencé à marcher. L'extension suivant l'articulation des genoux est moins puissante chez les nourrissons que la flexion suivant l'articulation coxo-fémorale. A l'âge de quatre ans, et bien souvent avant, le triceps crural l'emporte sur les autres muscles. Les adducteurs des jeunes enfants sont plus actifs que ceux de l'enfant plus âgé, comparativement aux extenseurs de la jambe. Le développement de la cuisse donne plus tard aux adducteurs un point d'application moins favorable.

La paralysie infantile spinale, ou cérébrale, en portant atteinte aux adducteurs et aux extenseurs de la jambe, modifie la forme et la situation du pli cutané des adducteurs. Leur paralysie, dans la poliomyélite, se traduit par un pli cutané plus superficiel et plus bas que du côté sain ; il y a une différence de hauteur de un à trois centimètres. Dans la paralysie d'origine cérébrale, il s'abaisse de cinq à dix millimètres, et, parfois au-dessous, se forme un second pli moins creux, ce dernier surtout chez les enfants bien nourris. En tout cas, il existe un spasme considérable des adducteurs. Le second pli doit tenir à la place où le bord inférieur du couturier, en état de spasme, contourne le vaste interne, au niveau de la face interne de la cuisse. P. KERAVAL.

LV. **Contribution à l'étiologie des névroses fonctionnelles** (*hystérie et neurasthénie*) ; par E. BIERNACKI. — *Id.*, par R. VIGOUROUX. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Dans la neurasthénie grave on constate parfois que le sang,

quoique chimiquement et physiologiquement normal, met autant de temps que le sang défibriné à déposer et forme alors un plus gros dépôt que normalement. Il semble y avoir *oligoplasmie* par pauvreté de substances fibrinogènes. En réalité, le sang récemment tiré de la veine est très difficile à défibriner et on en extrait macroscopiquement très peu de fibrine ; la quantité, au lieu de 2 p. 1000, n'atteint que 1,7 p. 1000 (4 observations). Inversement chez une hystérique atteinte de mutisme et robuste, le sang contenait deux fois plusde fibrine qu'à l'état normal ; il en était de même chez un homme hystérique.

C'est pourquoi M. Biernacki a étudié méthodiquement la rapidité avec laquelle le sang dépose spontanément en deux couches : celle du plasma et celle du sédiment rouge (du sang non coagulé), dans le sang défibriné. Il en expose les allures normales et montre que dans cinquante cas *d'hystérie et de neurasthénie, la teneur en substances fibrinogènes, leur transformation et leur régénération dans le sang mort sont, comme le rapport de la quantité de fibrine à la quantité de substances fibrinogènes, constamment anormaux.*

Or que sont les substances fibrinogènes ? Ce sont des corps qui donnent au sang les propriétés du tissu vivant, régularisent sa capacité et son quantum d'oxygène ; la formation de la fibrine marche de pair avec la fixation de l'oxygène libre. On doit les tenir pour des matières albuminoïdes en voie d'oxydation. Si donc le dépôt spontané du sang indique des anomalies dans le quantum des substances fibrinogènes, c'est qu'il y a une *anomalie dans l'évolution des phénomènes* qui se rattachent à la régulation et au taux de l'oxygène, en un mot des phénomènes d'*oxydation*.

Chez certains neurasthéniques la coloration vive du sang veineux, rapprochée du nombre normal des hématies, de la teneur normale en eau et en hémoglobine et de la couleur du sang non coagulé presque semblable à celle du sang artériel défibriné, indique qu'il y a excès d'oxyhémoglobine. Puis, ce sont des anomalies de toute nature quant à l'oxygène libre dans le sang, quant à l'hypercoagulabilité du sang, quant à la rapidité ou à la lenteur de la sédimentation de ce liquide, rappelant des troubles semblables dans les maladies fébriles, les affections des reins, les maladies du cœur, ou autres affections organiques, mais en différant par ce fait qu'il n'y a pas *généralement hydrémie dans les névroses fonctionnelles qui nous occupent.*

Rapprochant et différenciant ces signes des troubles d'oxydation constatés dans l'hystérie et la neurasthénie, de ceux, du même genre ou d'une nuance différente, de la chlorose, de la maladie de Basedow, de l'arthritisme, de l'uricémie, des néphrites ; l'auteur en conclut que l'hystérie et la neurasthénie sont des complexus symptomatiques, secondaires, consécutifs à l'action des produits d'un trouble d'oxydation primitif sur le système nerveux. Elles

tiennent, comme le diabète sucré, la goutte, l'adiposité pathologique, à des processus d'oxydation anormaux de l'organisme. Il y a un trouble d'oxydation spécifique de l'uricémie, du diabète, etc., il existe un trouble *d'oxydation spécifique* de l'hystérie. L'hystérie qui se produit dans la chlorose et la goutte existe parce qu'il se produit simultanément un trouble d'oxydation hystérogène ; l'hydrémie de la diathèse urique ne suffisant point.

Malheureusement on ne peut discuter ni les rapports opposés de l'hystérie et de la neurasthénie, ni le point de départ de ces troubles d'oxydation névropathiques. Il doit y avoir vice congénital (comme le dit Charcot) de l'appareil d'oxydation, qui reste en équilibre dans les conditions habituelles, mais qui se déséquilibre très facilement, contrairement à ce qui se passe chez un individu normal. Les émotions morales précipitent alors les accidents de la même manière qu'elles engendrent un accès de goutte, qu'elles aggravent le diabète sucré. L'auto-suggestion vient de ce que les produits de l'oxydation anormale hystéroneurasthénique modifient la suggestibilité.

Il ne faut pas, au surplus, oublier les grands symptômes matériels des névroses fonctionnelles ; tels : l'hyperacidité, et l'anacidité du suc gastrique, la prostatorrhée, les sueurs et la fièvre. Tout cela devient facilement intelligible par *l'action de toxines produites par une oxydation anormale*, qui, en même temps qu'elles *agissent sur le système nerveux central, exercent une influence locale.* L'évolution ressemble à celle de la goutte ; la guérison, souvent même l'autoguérison, s'opère par équilibre temporaire des troubles spéciaux d'oxydation.

R. Vigouroux rappelle, à cette occasion, ce qu'il a dit : 1° Dans le traité élémentaire de Manqua (Paris, 3e édition, 1898), au chapitre d'Electrothérapie écrit par lui au milieu de 1897 (t. II, p. 914, 915, 916) ; 2° dans la neurasthénie de Levillain (appendice thérapeutique, Paris, 1891) ; 3° dans neurasthénie et arthritisme (Vigouroux. Paris, 1893, p. 2, 23, 39, 100, 109, 111).

P. Keraval.

LVI. **De la paralysie phosphorée**; par S.-E. Henschen. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Observation purement clinique. Homme de soixante-dix ans ayant été l'objet de plusieurs tentatives d'empoisonnement de la part d'une servante. Vomissements de sang, affaiblissement nécessitant l'alitement pendant des mois. Dans l'espace d'un mois il a éprouvé des douleurs podaliques qui ont été suivies de faiblesse et d'une grande difficulté à marcher, mais les jambes, au lit, conservaient leur mobilité. Puis est apparue de la paralysie des doigts. Le patient ne put se lever que neuf mois plus tard. Un an après

on trouvait encore de la faiblesse des mains et des pieds avec diminution de la sensibilité tactile. Il y avait sensibilité à la douleur des extrémités jusqu'au-dessus du genou et du coude, et sensibilité musculaire. Les mains étaient bouffies, tandis que leurs muscles étaient un peu atrophiés. Persistance des réflexes des muscles des bras, mais disparition des réflexes patellaires. Rien du côté de la vessie et du rectum. Difficulté de marcher : ataxie prononcée. Aucun trouble psychique. L'auteur conclut : Il y a soit névrite, soit altération de la moelle, rien de cérébral. Ce fait offre une grande ressemblance avec l'intoxication arsénicale (douleur et ataxie). En faveur d'une névrite phosphorée, nous trouvons : grande sensibilité à la douleur, par compression des muscles; absence de réflexes patellaires ; atteinte des nerfs sensitifs et moteurs; localisation des accidents surtout aux parties extrêmes des membres. En faveur d'une myélite, l'ataxie, inexplicable par l'anesthésie seule ; il est probable que de même que dans les lésions de l'intoxication arsénicale (Henschen, Elitzky et Rybalkin) il faut craindre une atrophie des grandes cellules motrices, un kyste hémorragique, la dégénérescence des faisceaux de Goll.

P. Keraval.

LVII. **Observation de névrite optique avec cécité bilatérale, de quatre semaines, terminée par la complète guérison** ; par H. Higier. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

En sous-titre : Contribution à la clinique des névrites optiques pures et concomitantes.

La plus fréquente des névrites optiques communes est la névrite optique rétrobulbaire. Mais la névrite aiguë rétrobulbaire est proportionnellement rare ; et surtout la névrite aiguë bilatérale. En voici une observation caractérisée par la perte foudroyante de la vue, par l'apparition d'une papillite dès le premier jour, par le succès éclatant des injections sous-cutanées de pilocarpine, par le retour complet de l'acuité visuelle malgré la persistance, durant quatre semaines, d'une cécité bilatérale. Malade suivi pendant un an.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, qui, à la suite d'une émotion morale extrême (son fils est condamné à la déportation) éprouve, le 5 juin 1896, de la céphalalgie et du scintillement devant l'œil droit. La douleur s'aggrave et des nuages obscurcissent les deux yeux. Trois jours plus tard il est presque totalement aveugle. Aucun trouble mental. Paresthésies diffuses dans l'occiput et la tempe droite. Le mouvement des globes oculaires produit une douleur intense notamment dans la partie médiane de la paroi orbitaire ; ils sont sensibles à la pression. Ni exophthalmie, ni strabisme. Paupières, conjonctives, cornées, et iris normaux. Milieux

de l'œil transparents. Pupilles égales, mais fortement dilatées, ne réagissant pas à la lumière, réagissant assez bien à la convergence. Sens lumineux et acuité visuelle tout à fait éteints à l'œil droit, faibles à l'œil gauche. Vision périphérique encore conservée en haut et en dedans. Pas trace du sens des couleurs. Névrite optique bilatérale, égale des deux côtés, rappelant la papille étranglée des tumeurs cérébrales. Asymétrie faciale ; déviation de la luette à gauche ; plaques d'analgésie disséminées ; exagération des réflexes patellaires. Pas d'accidents cérébraux généraux. Rien aux organes internes. Apyrexie. Rien au pouls. Rate saine. Urines normales. Appétit et sommeil bons. Aucune intoxication chronique ; ni syphilis, ni tuberculose. Aucun traumatisme. Famille névropathique ; les deux sœurs sont hystériques. Repos dans une chambre noire avec compresses chaudes sur les yeux fermés ; quelques purgatifs, alimentation liquide, salicylate de soude et KI. Les phénomènes s'aggravent. On essaie des frictions mercurielles qui presque immédiatement déterminent de la stomatite. C'est alors qu'on a recours à l'injection hypodermique d'une seringue par jour, d'une solution de pilocarpine 0,20 pour 10. Après la sixième injection, le vingt-quatrième jour de la maladie, le malade voit la bougie qui brûle sur la table et distingue ; les pupilles réagissent lentement mais nettement. A la suite de la quinzième et dernière injection, il peut se promener seul dans la chambre, reconnaît très franchement les mouvements de la main de loin, déchiffre quelques grosses lettres, compte les doigts à 50 centimètres de distance, distingue le blanc des couleurs vives ; la tuméfaction du centre de la papille et de ses limites a complètement disparu. Sept semaines après le début de l'affection, la vision périphérique pour le blanc et les couleurs est seule tout à fait normale, mais il n'y a guère que le rouge que l'œil gauche perçoive bien distinctement. Six mois après le commencement de la maladie, hypermétropie des deux yeux (1/2 D), acuité normale à gauche. acuité d'un tiers à droite, réaction des pupilles à la lumière et à l'accommodation, champ visuel tout à fait normal ; mais achromatopsie ; fond des deux yeux normal mais quelques éblouissements. On prescrit des pilules de strychnine et, en juin 1897, acuité normale et parfaite des deux yeux ; plus du tout d'achromatopsie, champ visuel complet, rien à la macula, papilles un peu pâles dans leurs moitiés temporales, au pourtour légèrement pigmentées ; le port de lunettes de conserve foncées supprime les éblouissements.

Après examen des éléments du diagnostic relatifs à l'hystérie aiguë, aux embolies, thromboses, hémorragies, à l'urémie, aux lésions centrales du cerveau (ou polioencéphalite) l'auteur conclut à l'existence d'une névrite rétrobulbaire, ou plutôt intra-oculaire (papillite aiguë), d'origine vasomotrice par émotion morale intense.

Suit, à titre de comparaison, la nomenclature et le résumé séméiologique des névrites optiques aiguës, à amaurose rapide : — 1° La névrite optique rétrobulbaire périphérique ; — 2° La névrite optique à récidives ; — 3° La névrite optique héréditaire et familiale ; — 4° La névrite optique au cours de la polynévrite ; — 5° La névrite optique dans le tabes dorsal ; — 6° La névrite optique de l'encéphatite aiguë ; — 7° La névrite optique dans la myélite aiguë ou subaiguë ; — 8° La névrite optique dans la sclérose en plaques ; — 9° La névrite optique dans la maladie de Guerlier (vertige paralysant) et le koubisaguira japonais. P. KERAVAL.

LVIII. **Des contractions de l'estomac, de l'intestin et de la vessie pendant l'attaque d'épilepsie** ; par W. OSSIPOW. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Expériences sur des chiens. Excitation au moyen du courant induit de la zone motrice de l'écorce, ou bien injections hypodermiques d'essence d'absinthe cultivée. Enregistrement des phénomènes : — 1° Pendant l'attaque, il se produit des contractions stomacales, intestinales et vésicales qui, d'ordinaire, persistent pendant un long espace de temps après. — 2° Celles de l'estomac se montrent dans environ 50 p. 100 des attaques ; elles se limitent principalement au cardia et au pylore. — 3° Les contractions de l'intestin grêle, du gros intestin et de la vessie sont un accident constant de l'attaque d'épilepsie : *a*) celles du jéjunum commencent à la période clonique de l'attaque, un peu après la cessation des convulsions des muscles striés ; *b*) celles de l'intestin grêle débutent à peu près au milieu de la période clonique ; *c*) celles du gros intestin apparaissent soit pendant la période tonique, soit pendant la période clonique ; elles se montrent assez souvent au début de la période clonique ; *d*) celles de la vessie paraissent d'ordinaire au début de la période tonique. — 4° Les contractions intestinales et vésicales sont très fortes ; elles ont le caractère d'une longue contraction spasmodique, surtout en ce qui concerne le gros intestin et la vessie. — 5° Entre deux fortes contractions et aussi après la cessation de toutes les contractions produites par l'attaque d'épilepsie, a lieu, dans la majorité des cas, une paralysie plus ou moins longue (faible) des intestins et de la vessie.

Les conclusions suivantes se rattachent à des expériences consécutives à l'ablation de la zone motrice de l'écorce pendant l'attaque d'épilepsie ; à la section transverse du tronc du cerveau à diverses hauteurs de cette souche, et des nerfs périphériques (nerf vague, grand splanchnique, phrénique) avec ou sans l'intervention du curare.

6° Les phénomènes relatifs à l'estomac, aux intestins, à la vessie, observés dans le cours de l'attaque produite par l'influence du

courant faradique, dépendent non de l'excitation locale du centre cortical de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, mais de l'attaque elle-même qui apparaît comme résultant d'une excitation d'ensemble de la zone motrice de l'écorce cérébrale et des centres qui y sont placés ; 7° L'asphyxie, qui se montre continuellement pendant l'attaque d'épilepsie, est une cause adjuvante des contractions stomacales, intestinales, vésicales ; 8° L'estomac, comprimé par le diaphragme et l'abdomen, de même que l'intestin et la vessie se contracte pendant l'attaque d'épilepsie ; 9° L'émission de l'urine et des matières fécales, si fréquente pendant l'attaque, résulte à la fois de ces contractions et de la pression exercée sur l'intestin et la vessie par la compression abdominale ; 10° Il y a analogie entre les convulsions épileptiques des muscles striés et les contractions stomacales, intestinales et vésicales de l'attaque ; les unes et les autres dépendent de la zone motrice de l'écorce du cerveau. P. KERAVAL.

LIX. **Hystérie chez un chat et chez un serin** ; par H. HIGIER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Petit chat de neuf mois bien portant, gai, aimable avec les enfants, très intelligent. Un beau jour il est assailli par le chien du concierge qui le mord profondément dans le dos. Il reste à terre comme paralysé et pousse pendant quelques minutes des miaulements plaintifs. Cinq à six semaines après on le voit paralysé du train de derrière ; paraplégie avec anesthésie totale des pattes postérieures et du tiers postérieur du tronc, sur toutes leurs faces : analgésie presque absolue, insensibilité thermique. La moitié antérieure du corps réagit bien. La queue est elle-même paralysée. Pas de troubles de la nutrition, pas d'incontinence vésicale ou rectale. On dirait d'une myélite transverse sauf les troubles recto-vésicaux. Un beau matin la servante, pour se rendre compte de ce qui allait advenir, jette la petite bête du rez-de-chaussée dans la rue ; comme tous les chats, elle se redresse sur les pattes et se met à marcher, elle est instantanément guérie. Ce n'était qu'une névrose traumatique. Les commémoratifs révèlent que sa mère pendant qu'elle était pleine de lui, avait eu une sorte de chorée (chorea gravidorum ?).

C'est encore une émotion qui a agi sur l'oiseau. Un chat qui s'était introduit dans la pièce jette bas la cage. On arrive attiré par le bruit et l'on trouve, avant même que le chat ait pu agir, l'oiseau étendu sur le plancher raide, immobile, comme mort. Quelques gouttes d'eau froide le rappellent à la vie. Il récupère son activité mais a perdu son talent de chanteur émérite : le voilà aphone pendant six semaines et demie ; à cette époque il recouvre ses capacités. Diagnostic : uévrose hystérique par terreur : perte de

connaissance, contracture tonique généralisée, mutisme par paralysie des adducteurs des cordes vocales. P. KERAVAL.

LX. **Paralysie radiale consécutive à des attaques d'épilepsie**; par ADLER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII., 1898.)

Chez deux épileptiques, paralysies post-paroxystiques, paralysies totales du radial droit d'origine périphérique. On pouvait penser à une paralysie traumatique pendant un accès ou par compression pendant le sommeil. Mais Gowers a signalé les paralysies par contraction vive du triceps, pendant une extension soudaine et violente du bras, ayant déterminé une lésion du radial (Oppenheim). Gerulanus indique bien (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*. XLVII, cah. 1) que le radial, dans son tiers moyen, est appliqué sur le périoste dans une gouttière du tissu conjonctif, qui lui permet de se déplacer latéralement de plus de un centimètre ; il y est recouvert par le ventre musculaire du vaste externe du triceps. A chaque contraction de ce muscle, le radial est donc comprimé sur l'angle postéro-externe de l'os, mais il se déplace vers l'origine tendineuse du muscle qui, en se tendant, le protège. Mais, que le nerf soit fixé par les muscles de l'avant-bras et que brusquement le triceps se contracte, le radial peut être comprimé entre l'os et ce muscle. Et bien, les contractions violentes et soudaines des muscles pendant une attaque convulsive paraissent aptes à déterminer la compression du nerf entre le muscle et l'os et à contusionner le nerf.

Pourquoi donc la paralysie du radial est-elle néanmoins rare à la suite des attaques d'épilepsie? C'est que, probablement, pour qu'elle ait lieu, il faut que le système nerveux ait perdu sa résistance, comme chez le buveur, et que les convulsions musculaires se succèdent dans le bras. Il faut, par exemple, que soudain se produise une contraction du triceps pendant que les muscles de l'avant-bras sont encore contractés et que le radial est fixé.

P. KERAVAL.

LXI. **Un cas de monoplégie spinale de la jambe droite**; par J. WEIL. (*Neurol. Centralbl.*, XVII, 1898.)

La soudaine apparition d'une paralysie flasque de la jambe droite, succédant à des douleurs instantanément disparues, l'absence de troubles de la sensibilité, sauf au courant faradique qui n'est plus perçu, l'absence de troubles vésicaux, rectaux, sexuels; enfin la continuité de cet état, depuis dix-huit mois, tel est le résumé du complexus symptomatique. Il y faut ajouter une atrophie progressive de tous les muscles insensibles au courant faradique; c'est pourquoi l'auteur la rattache, de même que l'insensibilité

farado-cutanée et farado-musculaire, à la paralysie; pas de contraction sous l'action du courant, pas de douleurs non plus aux forts courants faradiques. La paralysie comprend les muscles innervés par les plexus lombaires et sacrés à partir de la troisième racine lombaire jusqu'à la troisième racine sacrée; il y a réaction dégénérative. Enfin on constate une arthropathie du genou droit par excitation mécanique en rapport avec le lancement de la jambe droite.

Diagnostic. — L'absence de fièvre exclut la poliomyélite antérieure aiguë des adultes. L'examen de la région anale et de la colonne vertébrale élimine l'idée d'une tumeur. Une névrite ne saurait se comprendre à raison de l'atteinte de deux plexus; de plus, l'évolution ne la confirme point; intégrité de la sensibilité, absence de paresthésies et de troubles trophiques correspondants.

Il ne reste plus qu'à croire à une *apoplexie spinale;* il doit y avoir eu (le malade est artério-scléreux) une hémorragie des cornes antérieures qui a fusé dans toute la région comprise entre la troisième lombaire et la troisième sacrée. Cet accident, rare, expliquerait le début subit, l'atrophie et la réaction dégénérative. Il s'agit, en somme, d'un alcoolique qui s'est trouvé brusquement paralysé pendant que, pesamment chargé, il montait un escalier.

P. Keraval.

LXII. **De l'encéphalite hémorragique**; par Deiters.
(*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Après un examen assez net de l'encéphalite aiguë non suppurée, indépendante des foyers de ramollissement par oblitérations vasculaires (Wernicke, 1881; Friedmann, 1889; Struempell, 1891), l'auteur détaille une observation d'*encéphalite hémorragique consécutive à une thrombose préalable des veines*, sans fièvre. Du moins, est-ce son avis.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte depuis plusieurs années de folie systématisée, originaire de la ménopause, provoquée et entretenue par des hallucinations vives; extrêmement excitée, fort défiante, elle se croit empoisonnée, mange difficilement, tandis qu'à d'autres moments elle est tout à fait sociable. A la fin juin elle est plus excitable que jamais et en même temps apathique, muette, immobile, se nourrit extrêmement mal et s'amaigrit. Le 6 juillet elle se met au lit, devient tout à fait inaccessible et renfermée; ratatinée sur elle-même, les extrémités froides, la tête un peu rouge, maussade, elle ne se laisse point examiner. Elle s'engourdit peu à peu, le soir à 6 heures et demie elle est prise de convulsions de la moitié gauche du corps comprenant le bras, la jambe, la face; la tête est tournée à gauche ainsi que les globes oculaires. Myosis punctiforme de la pupille

gauche; mydriase au maximum de la pupille droite; conservation cependant de la réaction à la lumière. A 8 heures convulsions dans le bras et la face du côté droit, cœur extrêmement accéléré, pouls tendu, pas d'hyperthermie. Toute la nuit, sauf intervalles. la malade est agitée de convulsions; elle ne reprend pas connaissance. Le lendemain matin, elle est moribonde, le pouls, incomptable, est filiforme, la respiration, ronflante, prend le type Cheyne-Stokes. Mort vers dix heures.

L'*autopsie* révèle les altérations dont il a été question plus haut et une néphrite interstitielle. De nombreuses hémorrhagies cérébrales, capillaires, comme celles que Friedmann a produites dans ses expériences, ont provoqué une inflammation aseptique, mécanique du tissu nerveux, çà et là. A côté de ces altérations et de thromboses récentes de ces petits vaisseaux, on constate des thromboses veineuses de la pie-mère, anciennes. Il est à penser que celles-ci ont eu pour origine l'affection rénale commençante qui, se greffant sur un mauvais état général, a altéré le sang, en a augmenté la coagulabilité, et provoqué la dégénérescence graisseuse des cellules endothéliales des veines. De là les thromboses, les foyers consécutifs, les phénomènes d'excitation, et la mort rapide produite par les oblitérations de plus en plus complètes.

P. Keraval.

LXIII. **Observation de surdité verbale après fracture de la base**; par M. Bloch et M. Bielschowsky. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Un cocher de quarante ans tombe de son siège sur le sol et donne sur le pavé du côté gauche du crâne. Il demeure sans connaissance, et perd du sang par le nez, la bouche, l'oreille. Trois quarts d'heure plus tard il revient à lui, vomit, s'en retourne à pied chez lui, dîne convenablement, lit le journal, cause et dort tranquille. Le lendemain il semble entendre difficilement, et cela, de plus en plus, les deux jours suivants, parle moins spontanément, tronque parfois les mots ou les dénature. Visage rouge; apyrexie, artériosclérose périphérique; pouls ralenti (54 à 60), régulier, fort et tendu. Rien autre si ce n'est rupture horizontale des deux tympans. L'ouïe est bonne mais le malade ne comprend pas les questions les plus simples; il ne répond pas ou répond quelque chose qui n'a pas de sens. Spontanément il parle très peu mais parle bien, ou présente de la paraphasie verbale et littérale. La fracture de la base est probable. Les deux autres jours, la parole spontanée a disparu, ou bien il existe une paraphasie inintelligible. Mais la connaissance est entière, il semble souffrir de la tête, car il se saisit souvent le front. Marche lente, mais progressive, le pouls se ralentit. On croit à un hématome sous-dure-mérien au niveau du lobe temporal gauche et l'on

songe à une opération, quand, pendant la nuit du quatrième jour, il se produit une attaque d'épilepsie corticale; brusque rotation de la tête à gauche, avec convulsions cloniques violentes des extrémités et de la face du côté droit, perte de connaissance; stertor. Trois attaques de quelques minutes entre chacune desquelles le malade revient à lui. Tout à coup une quatrième un peu plus longue emporte le patient. *Autopsie:* double fracture mastoïdienne.

Au niveau du pôle du lobe temporal gauche, la première temporale est transformée en une masse noire, molle, homogène, du volume d'une cerise : cette bouillie bien limitée sur le territoire de cette circonvolution, s'en va à deux centimètres en arrière, croise obliquement d'avant en arrière la circonvolution en question, s'enfonce dans sa substance blanche en se rapprochant de la base, pénètre obliquement de haut en bas la seconde temporale, en pénètre aussi la substance blanche, et se termine à la limite de la substance blanche et de l'écorce de la troisième temporale (figure). Au microscope on constate une destruction hémorrhagique complète de la pointe antérieure du lobe temporal gauche ; cette destruction se poursuit en bas sur une étendue de trois centimètres. La partie moyenne et postérieure des première et deuxième temporales n'est point atteinte (figure).

Il y a donc eu une cécité verbale (aphasie sensorielle) simple, sans paralysie, malgré l'extrême étendue du traumatisme. Les symptômes ont marché progressivement, mais après un intervalle de rétablissement apparent. Et cependant les lésions graves des os avaient déchiré quelques branches de la sylvienne; il y avait eu notamment une petite hémorrhagie de la pointe antérieure du lobe temporale. L'hémorrhagie, dans la substance blanche des première et deuxième temporales, ressemblait plutôt à un infarctus; là il y avait très probablement eu hémorrhagie secondaire par thrombose des vaisseaux originellement lésés.

La lésion des segments antérieurs des première et deuxième temporales suffit donc pour produire la cécité verbale.

P. Keraval.

LXIV. Deux cas de tumeur cérébrale avec diagnostic précis de la localisation ; par L. Bruns. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Observation I. — *Sarcome à cellules rondes dans le lobe frontal gauche.*

Il s'agit d'une femme de quarante ans. L'hébétude indique déjà la présomption d'une tumeur. L'hémiplégie droite, variable comme l'hébétude, rapprochée d'une paraphasie dénotant une aphasie motrice, et de la sensibilité à la percussion du frontal gauche, implique l'atteinte de l'hémisphère gauche. L'absence de

troubles sensitivo-sensoriels dénonce la moitié antérieure de l'hémisphère gauche.

Où siège plus exactement cette tumeur frontale ?

Près des ascendantes ? Non pas, car il n'y a pas de convulsion, car l'hémiplégie droite varie en étendue et en intensité, parallèlement au degré de l'obtusion intellectuelle (ce n'est qu'une affaire de pression). Occupe-t-elle les parties antérieures du lobe temporal, et, par suite, exerce-t-elle une pression sur la troisième frontale (aphasie motrice) et sur les ascendantes ? Ce serait possible, car l'hémiplégie droite est mobile, la jambe est très peu atteinte ; il existe une sensibilité circonscrite à la percussion de la région temporale gauche.

Bientôt apparaît une papille étranglée, à gauche, puis à droite, bientôt apparaissent des vomissements, de l'amblyopie gauche, des symptômes associés du côté des nerfs craniens. C'est donc une tumeur du lobe frontal gauche se développant vers la base où elle comprime les nerfs qui entre le lobe frontal et la base se dirigent dans la cavité oculaire.

Autopsie. — La tumeur située sous le milieu de l'écorce du lobe frontal paraît intéresser la substance blanche du lobule orbitaire, la partie orbitaire de la troisième frontale, le corps strié, les parties limitrophes du centre ovale. Elle n'a pas touché aux parties supérieures et supéro-externes du lobe frontal. Elle s'avance à 2 ou 3 centimètres en arrière du pôle frontal, s'amincit promptement en arrière, et, dans la partie postérieure du lobe frontal, n'atteint que les éléments sous-jacents au plancher du ventricule latéral ; il existe un ramollissement dont le pourtour seul atteint la zone des ganglions centraux et la capsule interne. Intégrité des ascendantes, et de leur substance blanche, excepté tout près des parties inférieures de ces circonvolutions. La tumeur s'est principalement développée en bas et en dehors ; elle a fortement comprimé les parties orbitaires du lobe frontal en bas, ainsi que les nerfs et vaisseaux sous-jacents. Intégrité de la substance grise.

Observation II. — *Fongus de la dure-mère avec destruction du lobule pariétal supérieur gauche.*

Ici les troubles sensitifs du côté droit (hémi-anesthésie du tact de la douleur, du sens du relief, de la notion de position), l'hémianopsie du même côté, et l'aphasie sensorielle indiquent l'atteinte de la partie postérieure de l'hémisphère gauche. S'agit-il du lobe pariétal, du lobe occipital, du lobe temporal ?

Le caractère variable et peu intense de la cécité verbale exclut les parties postérieures du lobe temporal. Ce n'est là qu'un symptôme de voisinage.

Le lobe pariétal gauche serait plutôt atteint à cause des phénomènes parétiques et de l'exagération des réflexes tendineux à

droite; à cause de l'existence d'une blépharoptose droite, c'est-à-dire croisée par rapport à la tumeur (Landouzy); à cause des symptômes permanents tels que les troubles de la sensibilité, l'hémianopsie, la parésie légère du côté droit, et l'aphasie sensorielle. On arrive ainsi à penser que la tumeur siège au milieu de l'ensemble des territoires en rapport avec ces symptômes, c'est-à-dire dans le lobe pariétal gauche, et qu'elle produit en agissant par voisinage : en arrière, l'hémianopsie droite; en avant, l'hémiparésie droite; en dehors, l'aphasie sensorielle.

Quel point du lobe pariétal gauche occupe la tumeur? L'absence d'alexie proprement dite indique que le pli courbe est peu lésé, et que, par suite, c'est le lobule pariétal supérieur qui est le plus pris. L'absence de céphalalgie et l'absence de sensibilité à la percussion sont en faveur d'une localisation dans la substance blanche du lobule pariétal supérieur.

Les troubles du sens musculaire et de la perception du relief, suivis d'hémi-analgésie du même côté (droit), rapprochés de l'hémianopsie droite, engagent à penser qu'il y a eu aussi lésion de la partie postérieure de la capsule interne et des irradiations optiques adjacentes ou du corps genouillé externe.

L'*autopsie* met à nu un fongus, originaire de la dure-mère, à la face interne de laquelle il adhère par un pédicule, qui, en végétant, a profondément comprimé presque tout le lobule pariétal supérieur gauche, a atrophié la pie-mère et la plus grande partie de l'écorce et de la substance blanche correspondante, a déplacé les parties voisines surtout en arrière et en dehors, a déterminé de l'œdème de toute la moitié postérieure de l'hémisphère gauche. Il a aussi traversé de dedans en dehors la dure-mère, entre le tiers moyen et le tiers postérieur de sa surface, et a alors usé le pariétal gauche près de la ligne médiane en avant de la suture lambdoïde; cette végétation-là serait postérieure à l'autre.

P. Keraval.

LXV. Sur une forme psychopathique particulière de rétention d'urine; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

La vessie et l'urèthre étant intacts, la miction est difficile, voire impossible quand le sujet n'est pas seul. Efforts multiples impuissants. Il suffit que le patient ne se croie pas observé, ou qu'il arrive à détourner son attention ailleurs pour qu'il évacue sa vessie bien et complètement. C'est l'émotion qui suspend ou arrête l'évacuation commencée. Aucun trouble de ce genre ne se produit en présence des proches vis-à-vis desquels le sentiment de la pudeur est moins vif. Il n'existe aucune perturbation objective du système nerveux, mais on constate une tare névropathique chez les ascendants. L'influence de la masturbation est probable. M. Ray-

mond a signalé des observations dans lesquelles le malade ne pouvait pisser qu'à la sonde. C'est une dysurie émotive propre à la jeunesse et à la puberté.

Mécanisme. — Pour uriner (James, Janet, Raymond) on contracte les parois vésicales et on détend le sphincter. Pour que le sphincter demeure libre, il faut que l'attention du pisseur ne se porte pas sur lui ; il faut qu'il oublie le muscle obturateur de la portion membraneuse, surtout à la fin, pour que les dernières gouttes d'urine soient évacuées d'un coup de piston. Accorde-t-on trop d'attention à cette fonction ou à celle du coït on ne fait rien qui vaille. Toute préoccupation, surtout chez les prédisposés, entraîne une contraction du sphincter. De là, épreinte, lourdeur, douleur sourde dans la région périnéale (Guyon) et, finalement, dysurie, anurie.

Traitement. — Détourner l'attention de ces organes, faire uriner moins fréquemment pour que l'acte soit plus complet, cocaïniser l'urèthre afin d'en diminuer la sensibilité. Il est des cas dans lesquels rien ne fait, l'anurique devient hypochondriaque, éprouve des sensations pénibles dans le périnée, ne pense qu'à sa vessie, et souvent ne peut pisser qu'à la sonde (cas de Raymond avec catarrhe vésical). Mais généralement KBr et les bains améliorent l'émotivité, et, avec le temps, la maladie disparaît (de Bechterew).

M. de Bechterew croit à l'existence d'une hyperexcitabilité sphinctérienne avec dissociation fonctionnelle du sphincter et des fibres vésicales désignées par les Allemands sous le nom de *detrusor urinæ* aussi irritées (d'où les épreintes urinaires). Il rappelle que le centre du detrusor est, chez le chien, le bord médian du gyrus sigmoïde et en particulier son segment antérieur, tandis que celui du sphincter est la partie postérieure de la même circonvolution, tout près du centre du mouvement de la queue. Le sphincter ne se détend pas quand le detrusor est déjà contracté. L'attention est-elle détournée le sphincter se relâche, l'urèthre est laissée libre, la vessie s'évacue. P. Keraval.

LXVI. **Méningite ventriculaire chronique des adultes. Mort subite**; par Bresler. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Il s'agit d'un individu présentant des crises d'épilepsie et de l'alcoolisme. Des accès vertigineux succèdent aux accès convulsifs et les remplacent. Plus tard on constate les signes d'une démence paralytique avec obnubilation épileptoïde. Le diagnostic hésite entre une épilepsie traumatique, une paralysie ou une pseudo-paralysie générale alcoolique, et une tumeur cérébrale. L'*autopsie* montre simplement une hydrocéphalie interne extrême avec granulations de l'épendyme, léger trouble de la pie-mère à la base. L'auteur pense que l'alcoolisme chronique a provoqué les lésions

méningées et les granulations épendymaires. L'alcool, en engendrant une hyperplasie du revêtement des plexus choroïdes et de l'épithélium épendymaire, a fait filtrer une telle quantité de sérosité qu'elle n'a pu s'écouler et a gêné l'écoulement du liquide encéphalique. La pression intraventriculaire a comprimé la substance cérébrale contre les parois du crâne, barré les veines et les granulations de Pacchioni. Il y a donc eu accidents de pression cérébrale et à la fois symptômes convulsifs dus à l'influence directe de l'alcool.

Il est bon de remarquer qu'il ne s'est pas produit de papille étranglée, qu'il ne s'est pas produit d'œdème du cerveau et qu'on constate des traces d'une néphrite ancienne actuellement complètement guérie. P. KERAVAL.

LXVII. **Contribution à la critique de l'emploi de la notion traumatique dans l'étiologie des maladies nerveuses**; par R. GAUPPE. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI. N. F., IX, 1898.)

On a abusé du qualificatif traumatique dans la question de la genèse des maladies nerveuses. Les inconvénients en sont évidents, notamment au point de vue de la loi sur les accidents. M. Francke vient par exemple de publier une observation de poliomyélite antérieure aiguë consécutive à une chute sur le sacrum *in Monatsschrift f. Unfallheilkunde*, 1898, n° 3. Or, c'est une névrite qui n'est pas traumatique. A la suite de l'accident, le malade a souffert d'une névrose traumatique, pas davantage. Bien plus tard, et tout à fait indépendamment de l'accident, il a eu une affection organique. En admettant l'exactitude du diagnostic de M. Francke, entre l'hystérie et une affection spinale à lésion, il ne saurait y avoir de relation étiologique, et, par conséquent, la seconde ne peut être rattachée au traumatisme. On ne saurait dire, dans l'espèce, que l'accident a affaibli les parties du système nerveux ultérieurement lésées puisque l'hystérie est une maladie de l'encéphale et non de la moelle. Impossible donc de parler alors d'une polioencéphalite antérieure aiguë ou d'une névrite aiguë multiple consécutive à un traumatisme.

Un traumatisme peut-il agir à plusieurs mois, à plusieurs années de distance et provoquer une maladie organique? On le dit aujourd'hui, même quand, entre l'accident et la maladie, il s'est écoulé un laps de temps de parfaite santé. On prétend vaguement que le traumatisme a préparé le terrain à la maladie. C'est possible mais nous ne le savons pas. Si, en cas de doute, on incline à favoriser le côté humain de la question des accidents, il ne faut pas cependant exagérer et affirmer des hypothèses controversables.

P. KERAVAL.

LXVIII. Contribution à la pathologie des paralysies du médian par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Il s'agit de ces cas où on enregistre une disproportion entre le trouble moteur peu ou pas marqué et l'extrême altération de l'excitabilité électrique. En voici un nouvel exemple. Les quelques observations des auteurs et celles de M. Bernhardt (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885) montrent que la lésion du médian au niveau de l'articulation du poignet produit souvent des troubles plus considérables de la sensibilité de la peau des doigts que de la motilité des muscles de l'éminence thénar. Or il est constaté que les éléments sensitifs et moteurs des deux nerfs (cubital et médian) s'anastomosent les uns avec les autres ; les faits cliniques semblent donc indiquer, que dans un assez grand nombre de cas, les anastomoses des fibres motrices remplissent plus complètement leurs fonctions vicariantes que les anastomoses des fibres sensitives.

Est-il possible que les impulsions motrices prennent, en certaines circonstances, une autre voie que la voie habituelle ? Oui, d'après les expériences de sutures nerveuses croisées de Stefani et Cavazzani, et l'opération de greffe nerveuse de Sick et Sœnger. Ou bien certaines parties motrices du canal encéphalo-médullaire entrent alors en fonctions pour d'autres (Remak) ; ou bien, pour les fonctions motrices ainsi que cela a été constaté pour les fonctions sensitives, de même qu'après l'ablation expérimentale de zones corticales déterminées, d'autres éléments des mêmes zones peuvent être dressés aux nouvelles fonctions comme suppléants (Remak, Wundt). P. Keraval.

LXIX. Observation de névrite du fémoro-cutané externe ; par W. Warda. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans neurasthénique. Une périty phlite à exsudat étendu, avec fièvre modérée, nécessite l'application d'un sac de glace sur la région iléocæcale. Il souffre alors dans la région du fémoro-cutané externe gauche et se plaint de douleurs spontanées, durant une à deux minutes, obtuses ou violentes, accompagnées d'engourdissement et d'insensibilité. Quatre semaines plus tard, dans la même région, diminution de la sensation de contact ; le patient sent et localise une forte pression, mais peu les piqûres, peu le froid et le chaud, notamment au centre de la zone en question. Il éprouve des douleurs spontanées quand on lui a bien malaxé les téguments, accuse une tension nette en marchant et de l'engourdissement. Mais il n'a plus d'accès douloureux. La pression au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure provoque des élancements ; le cordon nerveux y est perçu. Il se rappelle, trois mois avant la périty phlite, avoir

perçu une sensation de velu au milieu de la même région ; depuis il l'aurait encore éprouvée quelquefois mais passagèrement. Aucune cause de névrite en dehors de la bicyclette et de quelques excès de morphine et de cocaïne sept ans auparavant pour raisons morales pendant trois mois. Evidemment ce n'est pas la périthyphlite qui a occasionné la névrite à gauche. Mais le sac de glace peut l'avoir provoquée sur un nerf déjà malade. Il serait bon de rapprocher de ce fait les paresthésies névralgiques de Bernhardt survenues à la suite de fièvre typhoïde. P. KERAVAL.

LXX. Observation de paralysie traumatique du plexus brachial (*paralysie combinée du bras et de l'épaule de Erb*) ; par CHR. RASCH. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Paralysie soudaine du bras gauche par extension brusque en arrière. Bras gauche pendant, flasque, le patient ne pouvant ni rapprocher le bras de l'épaule, ni mouvoir l'avant-bras vers le bras. Conservation des mouvements de la main et des doigts. Atrophie des muscles paralysés qui poursuit son évolution pendant dix mois. Violentes douleurs et paresthésies (fourmillements, engourdissements, pattes de mouches, doigt mort) indiquant l'atteinte des fibres sensitives. Rougeur avec hyperthermie d'une zone circonscrite de l'avant-bras malade, constituant un trouble vasomoteur fugitif et récidivant. Hyperhidrose unilatérale témoignant de la participation du grand sympathique. Ascension centrale des accidents caractérisée par : des douleurs irradiées de l'épaule au cou; de la sensibilité à la pression de la colonne cervicale; des douleurs dans la moitié gauche de la tête et de la face; des névralgies dans le maxillaire inférieur du côté malade; des paresthésies de la moitié gauche de la face (engourdissement, sensation de peau adhérente) ; une diminution de la sensibilité céphalofaciale du côté gauche; une extrême sensibilité à la douleur de tous les points d'élection accessibles à la pression; un effacement du pli nasolabial gauche; du nystagmus de l'œil gauche, par accès; du larmoiement, de la conjonctivite, de l'anesthésie de la cornée, du coryza, toujours à gauche; de la douleur avec faiblesse du membre inférieur gauche dont le sciatique est particulièrement sensible; de l'épuisement des réflexes tendineux patellaires; de l'hypoesthésie cutanée de la jambe gauche. En un mot la plupart des nerfs craniens et périphériques de la moitié gauche du corps sont atteints par les progrès de l'irritation inflammatoire des cordons nerveux, mais l'affection n'a point passé à droite. P. KERAVAL.

LXXI. Contribution à la pathologie du myxœdème; par W. MURATOW. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Observation d'une fillette de six ans. Anatomie et histologie

pathologiques. On constate : 1° une lésion toxique des cellules de l'écorce ; 2° des altérations secondaires (arrêt de développement) des systèmes de l'encéphale et surtout des fibres arciformes : 3° absence complète d'éléments développés, capables de fonctionner, dans la glande thyroïde ; 4° il s'agit d'une affection congénitale, car la malade avait dès sa naissance l'aspect myxœdémateux. L'état mental (idiotie) du myxœdème est donc expliqué par les graves lésions anatomiques de l'écorce, et correspond aux symptômes produits expérimentalement par Horsley qui observa une diminution de l'activité de l'écorce chez les animaux thyroïdectomisés. La glande thyroïde commençant à fonctionner du sixième au huitième mois de la vie embryonnaire (Horsley) et les centres nerveux supérieurs étant, à cette époque, en voie de développement, la toxine a, dans l'espèce, agi sur ces centres avant que le développement n'en fût terminé ; elle a donc produit, non pas seulement un trouble dans l'activité fonctionnelle, mais un arrêt de développement. Le trouble de la nutrition des cellules a nui aux fibres subordonnées. D'où l'atrophie prédominante des faisceaux d'association supérieurs, des fibres arciformes, qui ne se développent que plus tard et possèdent des fonctions exclusivement psychiques. Les faisceaux conducteurs et le système des fibres du corps calleux ont été plus légèrement affectés. Ainsi s'explique que l'état mental de l'enfant ait plus à souffrir que celui de l'adulte et que la thyroïdinothérapie reste impuissante chez le premier [1]. P. Keraval.

LXXII. **Observation de sciatique bilatérale dans la néphrite parenchymateuse aiguë** ; par M. Lapinsky. (*Neurol. Centr.*, XVII, 1898.)

Il s'agit, chez un homme de vingt-deux ans, d'accès douloureux le long des sciatiques. Les troncs nerveux sont en effet très sensibles au tiraillement et à la pression, mais il n'existe ni troubles fonctionnels, ni réaction électrique anormale. C'est une névralgie. Au microscope, les *vasa nervorum* sont dégénérés et oblitérés ; le tissu nerveux est hypérémiée ou infiltré de noyaux ou de cellules au sein du périnerf et de l'endonerf ; déchéance de la myéline par places. Néphrite parenchymateuse aiguë. Toutes les branches principales des sciatiques sont prises. P. Keraval.

LXXIII. **Des attaques épileptiques et épileptoïdes revêtant la forme d'angoisse** ; par W. de Bechterew. (*Neurol. Centralbt.*, XVII, 1898.)

Les crises anxieuses ne sont pas absolument rares dans le cours de l'épilepsie en général. Elles peuvent survenir sous la forme

[1] De nombreux faits montrent l'action puissante de l'emploi de la glande thyroïde dans le traitement du myxœdème de l'enfant. (B.)

d'aura præ-épileptique ou à l'état d'accès complètement autonomes, qui alternent avec les attaques d'épilepsie. Il est plus rare de voir l'angoisse constituer le symptôme le plus essentiel de la névrose épileptique ; en ce cas, les attaques d'épilepsie proprement dites diminuent nettement de fréquence, tandis que les crises anxieuses se multiplient. D'ordinaire, les accès d'angoisse épileptique procèdent sans perte de connaissance et sans vertiges céphaliques. Ces accès sont caractérisés par une grande opiniâtreté, et ils sont difficilement ou même point du tout accessibles au traitement par les médicaments antiépileptiques. On les observe parfois encore dans le cours des attaques congestives épileptiformes de la démence paralytique. Ils se distinguent des angoisses neurasthéniques en ce que l'angoisse épileptique ne se rattache aucunement à quelque cause extérieure que ce soit telle que localité, tonnerre, foules, comme cela s'observe dans la pathophobie. P. Keraval.

LXXIV. **Observation d'hémiplégie hystérique** ; par Guttmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Il s'agit d'une paysanne de soixante-deux ans, qui fit, il y a deux ans, une chute dans un escalier. Elle accusait une terreur futile il y a un an. A la suite de cette émotion, la voilà prise d'une aphasie qui ne dure que quelques minutes. Quelques heures plus tard, apparaît une hémiparésie du bras et de la main gauches ; enfin, au bout de quelques jours, parésie de la jambe gauche avec sensation de froid et fourmillements. Il existe de la douleur et un peu de raideur dans la région occipitale et à la nuque, une diminution de la mémoire et de l'acuité visuelle. Intégrité des nerfs craniens. Atrophie des muscles du bras et de la jambe gauches ; mouvements spasmodiques dans le bras gauche ; peut-être quelque diminution de la force de ces membres. La sensibilité a diminué dans les extrémités, mais elle présente des variations. Réflexes tout à fait normaux. C'est tout au plus si, pendant la marche, on constate un léger affaiblissement de la jambe gauche, et cet affaiblissement n'existe évidemment pas toujours. Les mouvements passifs et actifs de toutes les articulations des quatre extrémités sont possibles et efficaces, ils sont peut-être un peu moins vigoureux dans la main gauche. Excitabilité galvanique et faradique régulière et normale quant à l'étendue. L'intelligence est celle d'une sénile ; pensée moins vive, parole moins facile.

L'auteur fait remarquer que l'aphasie ne concorde pas avec le côté atteint d'hémiplégie, et que, d'ailleurs, elle a disparu quelques minutes après l'ictus, ce qui indique qu'elle est psychique. L'évolution lente et graduelle des troubles parétiques ne saurait se rattacher à un épanchement sanguin cérébral ou spinal, car la malade dit elle-même qu'elle n'a éprouvé que de l'affaiblissement, qu'elle

a pu continuer à exécuter tous les mouvements, que, seule la force nécessaire pour travailler lui a manqué (confirmé par son médecin); il n'y a pas eu de paralysie flasque du tout. Il n'y a pas eu non plus distorsion des traits du visage, paralysie faciale, paralysie du voile du palais, paralysie de la langue. Il n'existe pas de contractures. En revanche, les spasmes musculaires légers ne sont pas habituels dans la paralysie par apoplexie ; ce sont ces spasmes qui entravent les mouvements et produisent la faiblesse. D'autre part, la diminution de la sensibilité persiste ; elle varie ; on la constate tantôt du côté sain, tantôt du côté malade. A noter enfin tremblements de la main gauche, paresthésies et atrophie des muscles du côté gauche. Il s'agit donc d'une sénile affaiblie par l'âge et les durs travaux, ayant subi un choc du fait d'une chute, tout en n'en ayant pas conservé de traces apparentes. Un an plus tard, une émotion insignifiante détermine l'ictus et tous les phénomènes qui, dans l'espèce, méritent le nom d'hystériques.

P. Keraval.

LXXV. Contribution à la symptomatologie et à l'étiologie des paralysies nerveuses périphériques de la région du cou; par A. Hoffmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

I. *Paralysie périphérique de l'hypoglosse.* Figure. — On constate une paralysie atrophique isolée de la moitié gauche de la langue, accompagnée de réaction dégénérative complète chez une personne saine sauf une otite moyenne chronique du côté gauche, la tuméfaction de ganglions du cou, de fréquentes angines. L'évolution, de concert avec l'existence de la réaction dégénérative, indique que les racines ou le tronc de l'hypoglosse sont affectés. Mais l'atteinte exclusive du territoire de l'hypoglosse, l'absence de symptômes bulbaires, l'unilatéralité éliminent une lésion radiculaire ou nucléaire. Ce n'est point une lésion aiguë (hémorragie circonscrite, ou poliomyélite) parce qu'il n'existe ni fièvre, ni douleur, ni autre symptôme de ce genre, parce que la malade (âgée de dix-sept ans) ne s'est aperçue de la paralysie qu'alors que déjà l'atrophie de la langue était considérable, parce qu'enfin les troubles ont continué à progresser. Une lésion bulbaire chronique se fût accompagnée d'autres perturbations. C'est donc une affection périphérique, difficile d'ailleurs à expliquer. Il s'agit d'une névrite spontanée, par exemple rhumatismale, de l'hypoglosse ou d'une névrite ganglionnaire, non par compression (le volume des ganglions et la région s'y opposent) mais par propagation. L'affection pharyngée a enflammé les ganglions qui, à leur tour, ont enflammé le nerf (Erb, Montesano, Marina, Dinkler). Intégrité de la sensibilité et du goût ; l'application légere de la cathode au cou provoque des deux côtés des mouvements de dé-

glutition sous l'influence d'un courant de même force. La déchéance de toute une moitié de la langue exerce peu d'action sur le mouvement de cet organe; c'est que l'autre moitié peut la remplacer totalement. A ce sujet, il est intéressant de noter : l'existence de convulsions fibrillaires et fasciculaires dans les deux moitiés (lésion des trousseaux de fibres qui traversent le milieu de la langue) et de la parfaite dégénérescence sans aucune tendance à la guérison au bout de douze mois de paralysie; — l'absence de contracture de la moitié paralysée. Le raphé de la langue ne forme pas de crochet, la langue ne s'incurve pas du côté paralysé. la pointe revenant au côté sain; en un mot le raphé ne prend pas la forme d'un S. « Il est probable, dit M. Hoffmann, que toutes les fibres de l'hypoglosse ne sont pas en tous les cas, simultanément, et, dans une égale étendue, atteintes, ou que l'innervation compliquée des muscles de la langue comporte des variétés individuelles. D'ailleurs quand progresse l'atrophie, la pointe proprement dite de la langue c'est-à-dire la partie proéminente de la langue n'est plus formée que par le côté sain, et lorsque le malade retire sa langue, le côté paralysé retarde; ainsi se forme l'incurvation du raphé du côté sain contracté. »

II. *Paralysie isolée du nerf axillaire.* Figure. — Etiologie particulière. Un jeune soldat de vingt-un ans en faisant l'exercice de la lance à cheval, tombe sur son arme qui lui échappe; la lance pénètre à gauche du cartilage cricoïde, et ressort derrière le cou près de la colonne vertébrale. Il se produit une paralysie isolée de la partie motrice de l'axillaire limitée au deltoïde. Et cependant le malade peut élever le bras gauche en avant et latéralement, seulement l'omoplate exécute une forte rotation lui faisant décrire un angle de 45°. Or il est classique, que, dans la paralysie du deltoïde le bras ne peut être éloigné du corps La galvanisation cursive du muscle jointe à l'excitation faradique de l'axillaire permet bientôt l'élévation du bras gauche jusqu'à la verticale en un mouvement de fronde et son maintien en cette situation. Onze jours plus tard, le bras peut être levé verticalement tranquillement en avant comme sur le côté. Seulement, pour l'amener à l'horizontale, il faut le concours d'une forte rotation de l'omoplate, d'une aussi forte rotation que celle qui accompagne, pour l'omoplate droite, l'élévation du bras droit à la position verticale. En effet, le mouvement d'élévation du bras gauche à l'horizontale se fait, dans l'espèce, par les muscles de l'omoplate, et ce n'est qu'alors qu'intervient le deltoïde pour l'élever jusqu'à la verticale. Telle est la situation pendant un mois. Quatre mois plus tard tout est revenu à la normale, si ce n'est que l'élévation de l'épaule gauche est moins puissante que celle de l'épaule droite; si on donne au bras gauche un haltère de six livres à soulever, on fait reparaître l'action vicariante du grand dentelé; tant que le bras n'a pas atteint l'ho-

rizontale il y a une forte rotation de l'omoplate, à partir de là le deltoïde reprend son activité.

La perforation totale du cou, sans lésion d'organe vital, est tout aussi curieuse par la contusion entre la quatrième et la cinquième cervicale de la branche motrice de l'axillaire, sans autre participation du plexus brachial. La branche motrice de l'axillaire a été lésée avant sa réunion au plexus brachial, ce qui donne à penser que la branche sensitive correspond à une autre hauteur, ou qu'elle est, tout au moins, séparée de la branche motrice, avant d'entrer dans le plexus.

Le remplacement du deltoïde par le grand dentelé est une autre curiosité. Normalement, le deltoïde porte le bras jusqu'à l'horizontale, le grand dentelé complétant le mouvement de l'horizontale à la verticale. Ici nous avons eu l'inverse. Mais il faut pour cela que le sus-épineux et le grand pectoral pressent énergiquement la tête humérale dans la cavité articulaire. P. KERAVAL.

LXXVI. **Contribution à la connaissance de la myélite aiguë disséminée**; par FUERSTNER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Figure. — Observation probable de myélite infectieuse à marche particulièrement rapide. Il s'agit d'une fillette de seize ans; le stade initial reste dans l'ombre. Quatorze jours avant l'admission, il existe peu de fièvre, sensation anormale dans le dos, douleur thoracique; puis, se produit une parésie du bras droit et de la jambe du même côté, finalement, du côté gauche, si bien qu'en trois ou quatre jours la paralysie est généralisée. Quatre jours plus tard, vomissements, insomnie, dysurie, rétention d'urine. On diagnostique: hystérie. Elle entre le 27 mai. On constate successivement : inégalité pupillaire (la pupille droite est un peu plus large que celle de gauche mais elle réagit bien) — intégrité des mouvements de la tête, du facial, de la langue, de la parole, de la déglutition — paralysie flasque des deux jambes — faiblesse des réflexes patellaires d'ailleurs égaux — absence de réflexes cutanés — paralysie du bras droit et du bras gauche (celui-ci est moins atteint) — absence des réflexes du triceps brachial. Tous les muscles réagissent à l'électricité; il existe : une anesthésie à la douleur et au toucher des deux jambes; une diminution de tous les modes de la sensibilité au tronc, à droite seulement; sensibilité normale à la tête et au bras gauche, disparue à la partie inférieure du bras droit. Vessie très pleine d'une urine alcaline (2 litres) non albumineuse. Taches rouges multiples par pression sur les fesses. La colonne vertébrale, non déformée, est libre de ses mouvements et indolore à la pression. La température monte à 37°,8 et 40°,2. Accidents gangréneux du décubitus. P = 124; R = 24. Intégrité des poumons; quelque cyanose de la face avec macules blanches. On

note bientôt 40°,6 — 40°,8. Il se produit de l'herpès labial. L'urine devient trouble. P = 126; R. 26. On entend des râles secs dans les parties inférieures des deux poumons, les taches cyanotiques faciales se multiplient. Délire nocturne, euphorie; tendance de la malade à plaisanter; connaissance indemne. Rien au fond de l'œil, rien dans le sang. Intégrité de la rate et des viscères. Le 2 juin, la tête penche un peu à droite; paralysie flasque des deux bras; pas de réflexes patellaires; l'attention est difficile à concentrer. Gâtisme : 40°,6; P = 140, puis 144. Délire nocturne; légère parésie du facial droit; pas de déviation de la langue; conservation de la réaction des pupilles. De temps à autre nystagmus intentionnel. Les mouvements de la tête deviennent douloureux; la nuque est raide. R = 30. Grande obtusion intellectuelle; nombreux râles des deux côtés. P = 150, et plus. La fillette parle peu et paraît hébétée; elle délire et le nystagmus progresse. Dysphagie. Tête rejetée en arrière et à droite; raideur de la nuque; strabisme divergent. T. 40°,7. Mort en cet état le 5.

Autopsie. — Bronchopneumonie récente en foyers disséminés. Pneumocoques. A diverses hauteurs de la moelle dorsale, foyers disséminés; infiltration de la pie-mère par de nombreuses cellules rondes au niveau des zones d'entrée des racines. Ces foyers augmentent en nombre et en dimension du renflement cervical à la moitié de la moelle dorsale; ils diminuent de là jusqu'au 1/3 de la moelle lombaire où il existe encore un petit foyer dans le cordon latéral. Il est certain que la région moyenne de la moelle dorsale est séparée du reste de l'organe bien que peu de foyers s'étendent de la périphérie au centre de la moelle; généralement à la périphérie il existe une lisière de substance nerveuse saine. Des foyers qui avoisinent le centre partent deux ou trois vaisseaux déjà altérés qui s'en vont dans la zone intacte. Les foyers, ceux surtout qui occupent la substance grise, sont remplis de vaisseaux pleins à éclater mais ne présentant point la forme de tire-bouchons; on y constate aussi de nombreuses hémorragies récentes. Les plus petits foyers lombaires renferment eux-mêmes un ou plusieurs vaisseaux altérés qui en forment le centre. L'adventice en est épaissie et lâche, la gaine lymphatique est remplie d'un liquide et de grosses cellules à petites granulations, à noyau périphérique, ordonnées en séries. Au lieu de nerfs on trouve des cellules granuleuses, en séries régulières, séparées par des tractus de substance de soutènement, dont le protoplasma finement ou grossièrement granuleux est parfois chargé de grosses mottes de myéline; en outre, çà et là mottes de myéline, cylindraxes tuméfiés, et, en certains points, tout se borne à des mailles vectrices de vaisseaux sans traces de tissu nerveux. Ni dans la paroi des vaisseaux, ni dans leur voisinage, il n'y a de collections de cellules rondes. A partir du milieu de la moelle dorsale, le canal central est dilaté;

ailleurs il semble divisé en deux ; tout près, cellules rondes accumulées qui diffèrent (par la coloration) de celles des gaines vasculaires. La pie-mère participe peu au processus, ce qui élimine l'idée d'une méningite suppurée, tuberculeuse, syphilitique. Evidemment les foyers sont en rapport avec les vaisseaux, c'est pourquoi la substance grise est si atteinte, et qu'il y a eu mobilisation si rapide de si nombreuses cellules granuleuses servant au transport d'abondants matériaux de destruction. Il est impossible cependant de savoir d'où viennent ces cellules; les éléments de la paroi des vaisseaux ne participant pas à l'altération, il convient de se demander si les cocci et leurs produits n'avaient pas produit quelque modification encore inconnue de cette paroi, si les files de cocci, ceux notamment à capsules n'avaient pas arrêté mécaniquement le cours du sangou de la lymphe. Si l'on ne peut affirmer la myélite aiguë par invasion des cocci, il est néanmoins probable qu'il y a eu infection puisqu'on a trouvé des pneumocoques dans la substance de la moelle.

P. Keraval.

LXXVII. **Contribution à la casuistique des tumeurs de la glande pituitaire** (*sarcome angiomatode*) ; par S. Pechkranz. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Observation complète, presque depuis le début des accidents jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant plus de deux ans et demi. Elle concerne un jeune homme de dix-sept ans ayant d'abord présenté des accidents permettant de penser à une néphrite avec urémie. Mais la lenteur du début, le développement lent et graduel des symptômes, la longue durée de l'évolution, l'absence de signes d'abcès ou autres affections (auriculaires ou nasales) expliquant l'œdème, la non-existence de traumatisme, de maladies infectieuses aiguës, l'apyrexie, l'exclusion forcée de la tuberculose ou de la syphilis ; tout cela milite en faveur d'un néoplasme. Il s'agit de le localiser. Les deux nerfs optiques sont atteints dès les quelques mois qui succèdent à l'apparition des céphalalgies ; cécité complète d'un œil avec hémianopsie de l'autre à la même époque; atrophie bilatérale des papilles à une période plus avancée de la maladie. Atteinte ultérieure des deux oculomoteurs communs ; paralysie complète des muscles extrinsèques et intrinsèques des yeux. Aucun autre sens n'est atteint. Il n'existe ni paralysie ni convulsions localisées. Le néoplasme occupe donc la base et le chiasma. — *Autopsie*. Une tumeur colossale remplace la glande pituitaire ; nulle part elle n'adhère à la base du crâne, sauf à la partie basse du dos de la selle turcique. Elle se compose de trois parties. La plus grosse, la plus ancienne, repose sur la selle qu'elle a creusée d'une masse dure; un prolongement s'en va dans les ca-

vités oculaires ; lisse brillant, sans adhérence avec la base du crâne. La tumeur, irrégulièrement globuleuse sur la selle, couvre le losange interpédonculaire, ainsi que les parties voisines, et projette un segment supérieur jusque dans le troisième ventricule, tout en épargnant le cerveau simplement ramolli au pourtour. Les masses, plus petites, cohérentes avec la portion moyenne, reposent sur la base du cerveau, librement. Le corps pituitaire n'existe plus. La tumeur est enfermée dans une capsule ayant à peu près la structure de la dure-mère. C'est en effet celle-ci qui en est l'enveloppe, sauf au fond de la selle turcique où elle a été perforée. La tumeur, originaire de la fosse moyenne du crâne, plus exactement de la glande pituitaire, est un sarcome ; par suite, elle a pris naissance dans le lobe postérieur de cette glande (Hertwig, Schwalbe) a atrophié celle-ci, et les régions interpédonculaires, s'est dégagée dans le troisième ventricule, a ramolli les parties cérébrales adjacentes, et a produit des masses latérales, par infiltration de la capsule enveloppante. Aussi la capsule de ces dernières est-elle plus mince; elles sont elles-mêmes vascularisées. Il y a eu ramollissement de la portion moyenne par dégénérescence hyaline de ses vaisseaux.

Tout énorme que soit le néoplasme, si vasculaire soit-il, il a simplement envahi les cavités oculaires, comprimé et atrophié les nerfs optiques et oculomoteurs communs ; il y a eu (ce qui est assez rare) infiltration de la gaine des nerfs optiques.

La compression, d'abord exercée sur la partie médiane du chiasma qui contient les fibres entre-croisées de la bandelette optique, explique l'*hémianopsie bitemporale*, mais il est rare que les choses restent en l'état, aussi nettement limitées, c'est pourquoi l'on ne tarde pas, comme dans ce cas, à observer l'*amaurose d'un œil associée à une hémianopsie de l'autre ;* toutes les autres variétés de troubles oculaires connues, dépendent de l'action plus particulièrement exercée par la compression sur une moitié du chiasma, une bandelette optique, les deux bandelettes optiques, les deux nerfs optiques, la compression finale des fibres des nerfs optiques aboutissant à l'*amaurose bilatérale complète*. Les mêmes variétés de troubles oculaires se voient aussi dans l'*acromégalie;* elles s'expliquent justement par l'hypertrophie concomitante du corps pituitaire ; mais l'inverse n'est pas vrai ; l'acromégalie ne tient pas toujours exclusivement à des lésions pituitaires,

Cependant nous avons eu chez notre malade une hypertrophie des pieds, des extrémités inférieures et de la face, en imposant pour l'œdème (sans empreinte à la pression) ; peut-être s'agissait-il d'une simple augmentation de volume des parties molles (acromégalie molle et non osseuse). Ceci permettrait aussi de croire que le jeune homme avait une anomalie congénitale dans la structure de son corps pituitaire, s'étant accusée par des troubles nu-

tritifs (pachyacrie molle), de l'hypoplasie des organes sexuels, un féminisme osseux, et que sur cette anomalie se serait développée la tumeur maligne.

La névrite optique est le grand symptôme des tumeurs de cette région. Elle se termine par une atrophie des nerfs optiques (Rath); mais elle peut manquer quand la tumeur n'est pas assez volumineuse pour exagérer la pression à l'intérieur du crâne, ou quand elle comprime les gaines des nerfs optiques et empêche l'accès dans ces gaines du liquide cérébro-spinal (Rath, Heusser, Hippel).

Les variétés de paralysies des muscles des yeux tiennent aux allures variables de la tumeur dans ses rapports avec les divers nerfs de l'œil. Ici, quelques mois après le début de la maladie, les mouvements des yeux étaient conservés; la pupille droite réagissait encore à la lumière et à l'accommodation, mais non la pupille gauche. Dix-huit mois plus tard, les deux pupilles ne réagissaient plus, les muscles extrinsèques de l'œil n'étaient point paralysés. Vingt-quatre mois après, les réactions pupillaires faisaient tout à fait défaut, les mouvements des yeux étaient extrêmement limités, mais l'examen précis était impossible parce qu'il y avait cécité absolue et que le malade était somnolent.

La coexistence d'une néphrite (albuminurie) et d'une tumeur maligne de la selle turcique rendait au début, dans l'espèce, le diagnostic différentiel impossible, toutes deux génératrices de symptômes urémiques et oculaires *mutatis mutandis*. L'image ophthalmoscopique de l'urémie purement rénale est parfois identique à celle d'une tumeur cérébrale. L'urémie et la tumeur cérébrale peuvent produire : céphalalgies, vomissements, delire, convulsions, épilepsie jacksonienne, hémiplégie, hémianopsie, amaurose, ralentissement du pouls, attaques apoplectiformes, etc. La lenteur du développement graduel et progressif a servi de boussole.

P. Keraval.

LXXVIII. **Tabes et surmenage physique**; par L. Lœwenfeld. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Aide relieur de trente-cinq ans. Le signe de Westphal, le signe de Romberg, les douleurs lancinantes, les troubles subjectifs de la sensibilité bilatéraux marqués aux pieds, l'ataxie en certaines circonstances, indiquent le tabes. Pas de symptômes pupillaires. Pas de syphilis. Depuis quatre ans, il fait mouvoir avec les deux pieds alternativement, pendant dix heures par jour, une lourde machine à pédale en fer roide. Il travaille ainsi chaussé de cuir léger ou de pantouffles. La maladie a débuté avec ce travail pénible, debout, exigeant un effort considérable des jambes. C'est exactement le même surmenage que celui de la machine à coudre, qui a agi à l'égal d'une cause directe. P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 *octobre* 1899. — Présidence de M. J. Voisin.

Le Président annonce la mort de M. Paul Janet, ancien président de la Soçiété et lève la séance en signe de deuil.

Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.

M. Farnarier communique en son nom personnel et au nom de M. Sérieux une note sur la clinothérapie. Les effets physiologiques de l'alitement encore peu étudiés paraissent, pense-t-il, être les suivants : il modère et régularise les battements cardiaques et les mouvements respiratoires, élève la pression artérielle, abaisse la température centrale, il diminue la destruction des globules rouges ; enfin il ralentit les processus d'oxydation intra-cellulaire, par suite de la désassimilation, et amène l'augmentation du poids du corps ; dans certains cas, cette économie sur les substances brûlées serait peut-être compensée par une diminution de l'appétit, entraînant un abaissement du poids du corps.

Les indications de la méthode peuvent se résumer en peu de mots : elles se rencontrent chez tous les malades qui ont besoin de repos, soit physique, soit psychique. C'est dire que l'alitement est applicable à toutes les psychoses aiguës; que le cerveau, en effet, soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (manie), sensitive (mélancolie), sensorielle (état hallucinatoire), ou que son activité soit suspendue par l'action d'un toxique (confusion mentale); dans tous ces cas il est urgent de laisser reposer l'organe surmené ou intoxiqué, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone. — Ajoutons que sous le nom d'états aigus d'aliénation, nous comprenons à la fois les psychoses à évolution rapide et de date récente (délire toxique, délire hallucinatoire, états maniaque et mélancolique) et les épisodes aigus des affections chroniques (paralysie générale, lésions cérébrales en foyers, délires systématisés chroniques).

Comme résultat, s'il ne paraît pas absolument démontré que

l'on obtienne un chiffre de guérisons plus élevé que par les autres méthodes, du moins diminue-t-on la durée de la maladie et place-t-on le malade dans les meilleures conditions physiques et morales de guérison. Un résultat appréciable de la clinothérapie, c'est qu'elle supprime presque complètement l'isolement cellulaire: elle modifie fort heureusement la physionomie de l'asile en substituant des salles d'hôpital, calmes et silencieuses, aux bruyants quartiers d'agités, où les malades s'excitent mutuellement; enfin, elle permet l'examen méthodique des malades par le personnel médical.

Il n'existe pas de contre-indication absolue au traitement par le lit, mais seulement quelques inconvénients facilement évitables: tels que l'anorexie, la constipation, les amyotrophies et raideurs articulaires, etc.

En résumé, la méthode de l'alitement, par les résultats thérapeutiques qu'elle donne, par les modifications heureuses qu'elle apporte à la physionomie de l'asile, mérite de prendre place, avec no-restraint et l'open-door, parmi les plus belles conquêtes de la psychiatrie moderne. Il est permis d'espérer que le mode d'assistance future des aliénés élevés à la dignité de malades comprendra uniquement l'hôpital spécial pour les aigus, que l'on traitera comme des malades physiques, l'assistance familiale et la colonisation pour les chroniques, les intermittents et les convalescents.

M. Doutrebente se montre surpris d'entendre dire que c'est depuis qu'on les alite systématiquement que les aliénés sont élevés à la dignité de malades. Il y a longtemps que Pinel, dit-il, leur a rendu ce service. Le traitement au lit, ajoute-t-il, empêcherait la déperdition des forces. Je ne vois pas trop comment on a pu les mesurer chez les maniaques. Si cette mensuration pouvait être faite, on serait sans aucun doute étonné de leur conservation après une période très longue d'excitation chez les maniaques non alités. On nous dit aussi que l'alitement favorise l'examen des aliénés. Dans tous les services auxquels j'ai pu être attaché, j'ai toujours vu examiner très attentivement tous les entrants. Enfin les auteurs nous avouent que ce traitement ne modifie pas la longueur de la maladie. Alors à quoi bon changer de thérapeutique ?

Lorsqu'on a proposé de mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1900 le traitement des psychoses par l'alitement, j'ai fait observer que si ces idées nouvelles venaient à se propager il faudrait démolir tous les anciens asiles. Je préférerais pour ma part voir augmenter le nombre des chambres d'isolement où pourraient être logés les aliénés turbulents qui deviennent une gêne pour leurs voisins plus calmes et une cause de désordre.

M. Briand qui, un des premiers en France, a pratiqué la clinothérapie et la pratique encore a d'abord couché et maintenues cou-

chées toutes les entrantes de son service, sans distinction. Il est arrivé à cette conclusion que si cette thérapeutique donne dans certains cas les meilleurs résultats elle n'est cependant pas applicable indistinctement à tous les aliénés. En effet, dit-il, si la plupart des cas aigus sont favorablement amendés et si presque tous les aliénés finissent par l'accepter il en est un certain nombre, et ce ne sont pas les plus agités qu'il devient très difficile sinon impossible de maintenir au lit, sans moyens de contrainte. Ces malades finissent par concevoir contre le personnel de surveillance une telle animosité qu'ils deviennent non seulement un élément d'agitation pour leurs voisins, mais un danger pour ceux qui les approchent.

Après quelques jours d'essai le mieux est dans quelques cas de ne pas persister à vouloir maintenir l'aliéné au lit quand sa résistance se traduit par une lutte continuelle avec le personnel.

Si la multiplicité de chambres d'isolement est à désirer, on ne saurait toutefois espérer qu'on pourra y traiter les agités au lit. Le dortoir commun constitue un milieu spécial et en quelque sorte une atmosphère nécessaire à cette thérapeutique dans laquelle l'imitation complète la persuasion. Il se crée là une sorte de contagion par l'exemple ou même une véritable suggestion agissant tout aussi bien sur les malades que sur les agents de surveillance qui s'étonnent du résultat obtenu.

Pour ce qui est du massage destiné à prévenir les ankyloses je ne l'emploie pas parce qu'une semblable complication n'est guère à craindre chez des malades qui, bien que couchées, n'en gesticulent pas moins pendant toute la journée et souvent même la nuit.

M. Sollier a vu à Heidelberg des agités maintenus au bain depuis plusieurs mois. Il lui semble que cette pratique, si elle est commode au point de vue de la surveillance qu'elle simplifie, ne présente point les effets qu'on semble en espérer au point de vue du traitement.

M. Doutrebente. — Il y a longtemps qu'en France on donne des bains de quelques heures aux agités et plus particulièrement aux paralytiques généraux. J'ai adopté, pour ma part, la méthode de Foville père, qui mettait ses agités dans des bains prolongés à partir de cinq heures du soir. On procure ainsi de meilleures nuits aux malades les plus excités qui s'endorment plus volontiers en sortant du bain.

M. Farnarier. — M. Doutrebente nous objecte que nous n'apportons aucun résultat ; cependant parmi les auteurs allemands qui ont appliqué cette thérapeutique il en est qui ont constaté que si la durée de la psychose n'était pas abrégée, les symptômes en étaient moins pénibles. En ce qui concerne le massage j'ajouterai

que nous ne l'employons que chez les mélancoliques en vue d'éviter les amyotrophies.

M. Christian lit très attentivement les rapports annuels du service des aliénés du département de la Seine ; il n'a pas vu que les guérisons fussent plus nombreuses à Ville-Evrard que dans les autres asiles.

M. Doutrebente a obtenu à Blois la guérison de 33 p. 100 des aliénés traités en s'en tenant à l'ancienne thérapeutique.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 9 novembre. — Présidence de M. Joffroy.

MM. Déjerine et Bernheim. *Un cas de paralysie radiale par compression, avec autopsie.* — La malade présentait une paralysie radiale, qui, par sa physionomie clinique et surtout par ses réactions électriques (signe d'Erb), réalisait le tableau classique. Elle mourut au bout de vingt-cinq jours. A l'autopsie, l'examen macroscopique révéla l'existence d'une ecchymose située à 3 centimètres au-dessous du point de bifurcation du nerf circonflexe : ecchymose qui, longue de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres, avait aplati le tronc nerveux. Au microscope, on ne put déceler aucune lésion histologique dans n'importe quelle branche périphérique ; seule, la myéline paraissait être légèrement grenue et faiblement colorée, altérations qui ne pouvait être mise sur le compte des manipulations. Mais, il n'y avait pas la moindre trace d'une dégénération wallérienne pathologique : çà et là à peine quelques tubes avec boules, comme il s'en rencontre dans tous les nerfs examinés sur le cadavre. Ainsi, M. Déjerine conclut que la technique histologique moderne reste incapable de nous renseigner sur la lésion qui, dans la paralysie radiale par compression, empêche l'excitation électrique, portée au-dessus, de passer par les filets nerveux comprimés. Il rappelle qu'il n'a jamais pu créer expérimentalement une paralysie par compression, du type qu'on observe chez l'homme.

M. Joffroy fait remarquer que l'expérimentation ne peut reproduire toutes les conditions pathologiques réalisées chez l'homme (intoxications diverses, surtout alcoolique ; infections variées). La

paralysie radiale par compression se déclare seulement chez certains individus, prédisposés par une tare antérieure.

M. Babinski a pu faire expérimentalement une paralysie qui, par certains caractères, ressemblait à la paralysie radiale de l'homme, mais les phénomènes étaient très transitoires, durant à peine une demi-heure.

M. Babinski présente un malade atteint incontestablement d'une lésion bulbo-protubérantielle, avec hémiplégie alterne sensitivo-motrice, paralysie périphérique du nerf facial et kératite neuro-paralytique par altération du nerf trijumeau. Mais, surtout, ce malade offre des troubles particuliers de la marche : la station debout est possible sans appui, les yeux ouverts ou fermés; cependant, au bout de 2 à 3 minutes. il tombe toujours du même côté. Si l'on commande au malade de marcher, il lance les jambes avec une incoordination manifeste, tandis que la partie supérieure du corps reste immobile et entraîne ainsi le malade en arrière. Or, l'on sait bien que, dans la marche normale, la partie supérieure du corps doit se porter en avant, pour déplacer le centre d'équilibre du corps. Le malade présente donc *une asynergie musculaire*. Cette asynergie s'observe encore dans d'autres mouvements volontaires des bras mais surtout des jambes, Elle doit être attribuée, suivant l'auteur, à une lésion cérébelleuse.

M. Robinson. *Surdité verbale mentale.* — Observation détaillée concernant un homme de quarante ans, présentant des stigmates de dégénérescence et de la surdité verbale mentale. Cette observation est à rapprocher de celle des deux jeunes filles présentées par le professeur Raymond à la dernière séance.

M. Chipault. *Balle dans le corps calleux. Etat de mal épileptique. Hémiplégie. Trépanation. Guérison.* — Il s'agit d'un malade, qui s'est logé deux balles de petit calibre, par la bouche. Les radiographies montrent qu'une de ces balles se trouve au-dessus du corps calleux entre les faces internes des deux hémisphères.

M. Guillain. *La circulation des liquides lymphatiques dans la moelle épinière.* — L'auteur, à la suite de recherches entreprises d'après les conseils de M. P. Marie, croit pouvoir conclure à une direction ascendante de la part des liquides nourriciers dans la moelle. La circulation lymphatique serait indépendante dans les cordons postérieurs et les cordons antéro-latéraux.

Le canal de l'épendyme serait un collecteur lymphatique; les espaces lymphatiques seraient réglés par la disposition de la névroglie.

A la suite d'injections de granulations aseptiques dans les cordons postérieurs du chien, on peut amener une dilatation du

canal central, et des espaces lymphatiques des cornes postérieures simulant la syringomyélie.

L'auteur se demande si des substances toxiques ou microbiennes ne peuvent pas suivre la même voie et donner ainsi certaines formes de syringomyélie.

M. Paul Londe. *Sur les troubles moteurs du goitre exophtalmique. Théorie de l'hypotonie.* — Chez les Basedowiens, les phénomènes fondamentaux sont attribuables à l'asthénie, à la parésie : ce sont des troubles de déficit. Ils peuvent coïncider avec un défaut de tonicité musculaire, ce qu'on a appelé l'hypotonie.

M. Londe se demande si cette même explication ne peut s'appliquer au manque de tonus cardio-vasculaire dans certains territoires auquel il accorderait une importance plus grande qu'à l'excitation du sympathique.

Le manque d'action tonique et régulatrice du cervelet pourrait être invoqué d'après lui.

MM. Dufour et Dide. *Tuberculine. Tuberculose et encéphalopathies délirantes.* — Quels sont les rapports qui unissent la tuberculose aux délires ? Y a-t-il coïncidence fortuite ou relation de cause à effet, dans les cas de délire chez les tuberculeux ? Il est difficile de trancher cette question d'une manière absolue : toutefois, les auteurs ont soumis dix malades délirants, chez lesquels on ne trouvait pas de signes permettant d'affirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire, à l'épreuve de la tuberculine. Trois d'entre eux ont réagi d'une manière positive. Ils cachaient donc une tare organique bacillaire. Cette tare inaperçue pourrait donc jouer un rôle important dans la genèse de ces délires.

M. Klippel. *Abcès cérébral et méningite aiguë.* — L'auteur rapporte l'observation et des photographies de pieces, concernant un homme de son service ayant présenté les signes d'une méningite aiguë avec signe de Kernig manifeste. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un abcès cérébral situé à gauche dans le centre ovale, sans la moindre lésion des méninges. Le pus, jaunâtre, non fétide, fut inoculé sans succès à une souris. Le liquide céphalo-rachidien n'a pas été examiné pendant la vie.

MM. Cl. Philippe et Jonès. *Anatomie pathologique de l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques.* — Les auteurs ont étudié les localisations de la sclérose en plaques au niveau de l'écorce cérébrale, en examinant dans trois autopsies, la plupart des circonvolutions par toutes les méthodes histologiques (Weigert-Pal, Marchi, Nissl ; picro-carmin et hématoxyline alunée). Les foyers corticaux, existent toujours, mais ils sont plus ou moins nombreux ; dans un cas, ils étaient très marqués au point d'avoir envahi presque complètement la circonvolution et son centre ovale. Leur

topographie, leurs dimensions, leur âge, leurs caractères histologiques (démyélinisation et prolifération névroglique) varient dans des limites considérables, absolument comme au niveau de la moelle et du bulbe. — Les auteurs insistent, avant tout, sur une lésion non encore décrite; une *méningite corticale* intense, surtout fibro-plastique, qui évolue sans endartérite ni endophlébite.

Ces résultats histologiques permettent de penser que l'écorce cérébrale et ses lésions entrent pour une large part dans la symptomatologie générale de la sclérose en plaques. La méningite peut expliquer les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, assez fréquentes au cours de la maladie ; elle constitue un argument de plus en faveur de l'origine infectieuse de la sclérose disséminée. Enfin, comme le disait Charcot, en 1892, il faudrait rechercher les *formes mentales* de la maladie et ses symptômes psychiques, encore si mal caractérisés.

MM. Cl. Philippe et Oberthür. *Une lésion bulbaire constante dans la syringomyélie avancée : sa valeur clinique pour la pathogénie des anesthésies syringomyéliques.* — Dans quatre autopsies de syringomyélie avancée, il existait une lésion bulbaire placée dans la corne postérieure et dans la substance grise située en avant des noyaux de Goll et de Burdach. Cette situation, *très particulière et constante,* fait que la lésion coupe les fibres sensitives émanées des noyaux, et produit une dégénération plus ou moins complète, unilatérale ou bilatérale, du ruban de Reil. Les auteurs attirent l'attention sur ce processus qui marque l'envahissement du bulbe par la syringomyélie et qui continue la gliose des cornes postérieures de la moelle, comme il est facile de s'en rendre compte en examinant des coupes sériées. Au point de vue clinique, cette lésion bulbaire, qui fait dégénérer la grande voie sensitive du bulbe et de la protubérance, doit jouer un rôle de premier ordre dans la pathogénie des anesthésies syringomyéliques dont la physiologie pathologique reste si obscure encore à l'heure actuelle.

M. Sicard. *Les muscles abdominaux et l'orifice inguinal chez les hémiplégiques organiques.* — L'auteur s'élève sur ce qu'a de trop absolu cette proposition soutenue par les classiques : à savoir que dans l'hémiplégie organique les muscles à fonction synergique sont respectés des deux côtés.

Des recherches méthodiques dans les services de MM. Raymond et Brissaud, portant sur vingt-deux hémiplégiques, lui ont permis de constater, en faisant tousser les malades, les faisant respirer largement, et en palpant avec soin leur orifice inguinal, qu'il existait une parésie certaine des muscles abdominaux du côté paralysé.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du 17 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN.

Dédoublement de la personnalité et phénomènes subconscients provoqués par des manœuvres de spiritisme.

M. BÉRILLON présente une malade qui a fréquenté des réunions spirites et n'a pas tardé à y jouer le rôle d'excellent médium à réincarnations. Sous l'influence de la concentration de l'attention, elle présentait des variations de personnalité analogues à celles que l'on peut provoquer expérimentalement chez les hypnotisés. Elle subissait inconsciemment la suggestion du milieu ambiant, mais, à la fin de chaque séance, elle n'était ni réveillée ni « déshypnotisée », comme cela doit toujours être fait après une séance d'hypnotisme. Il en est résulté un état mental particulier qui se manifeste par des phénomènes inconscients et automatiques survenant à des intervalles de plus en plus rapprochés ; ses mouvements automatiques et ses actes impulsifs ont, pour un esprit non averti, toutes les allures d'un délire maniaque. C'est ce qui explique son séjour d'un mois dans un asile d'aliénés. Il s'agit, en somme, d'une hystérique très dégénérée qui s'auto-hypnotise, tombe dans un état de somnambulisme spontané, puis extériorise les rêves qui surgissent dans son esprit. Tous ces états ont pu être reproduits expérimentalement ; ils disparaissent aussi sous l'influence de la suggestion. L'hypnotisme a déjà considérablement amélioré cette malade, laquelle va continuer à être soumise à la psychothérapie.

M. Jules VOISIN. — Cette malade est-elle tout à fait inconsciente et ne joue-t-elle pas un rôle ?

M. Paul MAGNIN. — Elle a bien l'apparence d'une hystérique qui simule et veut se rendre intéressante.

M. Paul FAREZ. — Elle a, en tous cas, très certainement la notion au moins subconsciente du monde extérieur, puisque dans ses diverses réalisations de types, elle évolue aisément dans cette salle sans heurter ni tables ni chaises.

M. BÉRILLON. — Peut-être, au début, s'est elle prêtée avec complaisance aux prétendues réincarnations ; sa vanité a pu être agréablement chatouillée quand on lui a déclaré qu'un grand médium venait d'éclore. Mais actuellement son état est devenu insupportable et elle désire beaucoup en sortir, car il l'expose à toutes sortes d'ennuis chez elle et dans les milieux qu'elle fréquente.

Les états mentaux impliqués dans l'appréciation post-hypnotique du temps.

M. Milne-Bramwel (de Londres). — Après avoir rapporté les études de Liégeois, Beaunis, Bernheim, Garney, sur ce sujet, rapporte les nouvelles expériences faites par lui sur diverses personnes hypnotisées et dans lesquelles il suggérait d'accomplir tel acte dans quatre mille quatre cent dix-sept,... dix mille soixante-dix,... onze mille quatre cent dix-sept... minutes, etc. Quarante-cinq fois l'ordre fut exécuté à la minute ; dans huit cas il y eut de légères différences qui n'excédèrent jamais cinq minutes.

Chloroforme et suggestion.

M. Paul Farez. — Tout récemment on a prétendu que la suggestion après la chloroformisation était moins dangereuse que l'hypnotisation et devait toujours lui être préférée. C'est justement le contraire qui est la vérité.

M. Le Menant des Chesnais. — En effet, il faut renverser les rôles. J'avais dernièrement une malade que j'ai essayé sept ou huit fois d'hypnotiser : chaque séance me demandait au moins trois quarts d'heure et me causait beaucoup de fatigue ; tous mes efforts restèrent vains. C'est alors seulement que je me suis cru autorisé à recourir à l'éther.

M. Fau de St-Martin. — Le chloroforme n'est excusable que quand l'hypnotisme a échoué.

M. Félix Regnault. — Si, comme on le prétend l'hypnotisme est à ce point dangereux, la suggestion après chloroformisation présentera à la fois les dangers de la suggestion et ceux du chloroforme. D'ailleurs, si, après échec de l'hypnotisme, on décide de recourir à un hypnagogue, on est impardonnable de s'adresser au chloroforme, puisqu'on dispose de l'éther. Et puis, l'art de la suggestion est très complexe ; il comporte une série de précautions parfois négligées ; ainsi le malade dort mieux le soir, à jeun, etc. Lorsqu'un malade est réputé réfractaire à la suggestion, cela tient fort souvent bien moins à lui qu'au médecin.

M. Bérillon. — Il convient aussi de préparer tout d'abord les malades, de leur donner toutes sortes d'explications, d'aller au-devant de leurs objections, de déployer une grande richesse d'argumentation et de créer en eux une parfaite quiétude d'esprit. Le succès est à ce prix.

M. Jules Voisin. — Dans ma pratique j'évite aussi d'endormir mon malade dès la première visite ; je le prépare ; je gagne sa confiance, de manière qu'ensuite il demande de lui-même que je l'hypnotise.

Puissance de l'auto-suggestion.

MM. Lepinay et Baraduc rapportent chacun un exemple de l'efficacité de l'auto-suggestion.

BIBLIOGRAPHIE.

XIII. *Éducation des dégénérés supérieurs. Réflexe de l'obéissance;* par H. Thulié. (*Revue de l'Ecole d'Anthropologie*, 15 janvier 1899.)

Pour faire l'éducation des dégénérés les moyens habituels sont insuffisants. On se heurte à leur inertie maladive, à leur mauvaise volonté. Leurs déplorables habitudes si elles ne sont pas innées ont été souvent fortifiées par l'incurie ou l'aveuglement des parents. Avant de semer dans ce terrain ingrat, il faut le préparer soigneusement. Suivant M. Thulié, c'est l'instinct de l'obéissance qu'il faut créer; aussi il nous donne une étude complète sur la nature de cet instinct et sur la méthode à suivre pour le développer. M. Thulié connaissant à fond le sujet, dont il nous entretient, il serait désirable que sa méthode fût généralisée. Un instinct étant une action réflexe plus ou moins compliquée, à laquelle la conscience ne prend aucune part, il faut décomposer l'instinct qu'on veut créer en en faisant d'abord un réflexe conscient; puis en multipliant la répétition des mêmes actes qui le produisent, la conscience devient de moins en moins nette, et finalement disparaît. A ce moment le réflexe est absolument instinctif : c'est un véritable instinct créé ou mieux fixé par l'habitude, cette seconde nature. Le but est donc d'amener le dégénéré à obéir automatiquement. Comment faire naître cet instinct? M. Thulié se rappelant les merveilleux résultats obtenus à Bicêtre dans le service de M. Bourneville chez des dégénérés inférieurs, emploie des moyens analogues. Il faut s'adresser à une fonction accessible à la discipline la fonction du mouvement si facilement entraînée par le rythme et par l'esprit d'imitation. De l'usage répété de l'exercice commandé, du renouvellement continu d'un acte succédant à un ordre, l'obéissance se dégage sans que la conscience y prenne une part importante. D'ailleurs elle finit par disparaître en raison même de la répétition de l'acte. La gymnastique des mouvements atteint ce but à l'exclusion de tout autre procédé. Les mouvements d'assouplissement en outre qu'ils sont excellents au point de vue hygiénique sont des mouvements d'ensemble par excellence. « L'esprit

d'imitation est une des causes les plus efficaces de l'entraînement. » Enfin le rythme y joue un rôle important. L'exemple de ce qui se passe dans le service de M. Bourneville prouve que les sensations rythmiques s'imposent facilement aux intelligences les plus obscures : elles fixent dans la mémoire les mouvements commandés. Le son du tambour ou d'une musique épargne des oublis et maintient la cadence. Les dégénérés supérieurs subissent les mêmes influences.

Lorsqu'une régularité inconsciente préside aux actes physiques, la régularité intellectuelle s'en ressent. Un esprit disposé à obéir au commandement du professeur de gymnastique le sera également à tout autre ordre; c'est une habitude que l'enfant prendra d'une manière générale et dans toutes les circonstances de la vie, à l'école comme dans la société, le réflexe de l'obéissance le soumettra aux lois. M. Thulié ne s'est pas contenté d'exposer sa théorie, il réfute chemin faisant les objections. Il s'attache principalement à démontrer la supériorité des mouvements d'assouplissement exécutés avec ensemble sur les autres méthodes de gymnastique. Il rejette avant tout ces exercices acrobatiques si prisés dans nos écoles, dont le résultat est opposé à tout raisonnement. Ils fatiguent le corps et empêchent conséquemment tout effort utile chez un enfant bien portant. Chez un dégénéré cet effet nuisible s'accentue encore : c'est ce que nous avons constaté nous-même à Bicêtre.

G.-Paul Boncour.

XIV. *Le corps et l'âme de l'enfant;* par le Dr Maurice de Fleury. (Armand Colin, 1re édit., 1899.)

Venant après les constatations désolées de nos philosophes et de nos éducateurs, qui signalent les vices de notre éducation sans proposer ensuite aucun remède pratique, le livre de M. Maurice de Fleury cause un réel plaisir. Il trace aux parents ou à ceux chargés de les remplacer près de leurs enfants une ligne de conduite vraiment applicable et surtout vraiment raisonnable. Et cela, parce que son point de départ est solide : au lieu de se perdre, à l'exemple de la plupart des traités pédagogiques, en considérations philosophiques sur les facultés intellectuelles des enfants ou sur les fondements de la morale, l'ouvrage débute simplement par l'étude anatomique du cerveau, cette base indiscutable de toute activité physique ou psychique. Une série de déductions montre ensuite le mécanisme de la conscience, de la personnalité et de la volonté. M. Maurice de Fleury essaie d'ailleurs, je dois le dire, de ménager les susceptibilités spiritualistes de ses lecteurs. Y parviendra-t-il ? C'est douteux malgré l'habileté qu'il y déploie : en tout cas son livre n'a rien à y gagner.

Dans une suite de chapitres résultant toujours logiquement de

ses constatations anatomiques et physiologiques, il passe en revue la colère, la paresse, la peur, le mensonge, etc. Il montre la colère, cette explosion d'énergie accumulée sous pression dans le cerveau. Il en décrit plusieurs formes variant suivant les tempéraments. Naturellement il donne le traitement de cette défectuosité et il le peut d'autant mieux qu'il l'a au préalable analysée. Ses pages sur la paresse sont fort attachantes. Il n'y a pas un paresseux mais des paresseux, c'est-à-dire des enfants qui pour des raisons variables en arrivent à un état identique. C'est donc une erreur grossière de dire : cet enfant est un paresseux sans commentaire. Il faut remonter à la cause première pour s'apercevoir que les uns sont paresseux par incapacité de travail, que d'autres le sont par neurasthénie, que la mauvaise éducation et le surmenage arrivent à des résultats similaires. Avec des notions de ce genre le remède à apporter est simplifié. Ainsi il est facile de s'apercevoir de l'inefficacité des punitions habituelles de nos lycées; elles sont uniformes bien qu'ayant pour but de redresser des vices totalement différents. Ces quelques mots feront comprendre, je l'espère, la conception particulière de l'ouvrage, mais il faut aussi être informé de l'idée directrice qui a inspiré ces lignes d'un intérêt si pratique. M. M. de Fleury est persuadé qu'il faut une bonne souche pour faire une bonne race. Pour lutter dans la vie, la force aussi bien physique que morale s'impose impérieusement. Les considérations du début indiquent que cette énergie ne tiendra pas exclusivement du corps ou de l'âme. Cette dissociation serait antiscientifique. « Les facultés de l'âme ne se distinguent en aucune façon des fonctions de notre écorce grise », écrit M. de Fleury au mépris ne toute conviction spiritualiste, affirmant ainsi qu'il suffit d'étudier le corps pour arriver à des solutions pratiques. Les parents trouveront un plan qui les dirigera dans leur rôle d'éducateurs, ils pourront en faire une application intelligente, car ils auront l'avantage manifeste d'en comprendre le pourquoi.

Les maîtres profiteront largement de cette œuvre où ils n'auront pas à redouter les introductions gonflées de psychologie transcendante généralement inévitables dans tous les manuels pédagogiques.

Pour ma part, je sais gré à l'auteur d'avoir, tout en reconnaissant la supériorité de l'éducation anglo-saxonne, proposé des moyens de s'en rapprocher. Il est évident que les Anglais ont des qualités en partie puisées dans leurs écoles ou dans leur milieu familial : mais comme il est impossible de bouleverser notre état social pour mettre les jeunes Français dans des conditions identiques, il faut trouver des moyens d'éducation adaptés à notre race. L'auteur en propose : il faut l'en féliciter. Il me semble superflu d'ajouter que la compétence de M. M. de Fleury dans ces questions d'hygiène morale et de neurologie a trouvé une occasion

nouvelle de se manifester brillamment. Parler de son style avec ses qualités de clarté, de souplesse et d'élégance est également inutile, chacun le connaît et l'apprécie. G.-Paul Boncour.

XV. *Thérapeutique de la scoliose des adolescents;* par le Dr A. Chipault (Vigot frères, éditeurs).

Le Dr Chipault, dont tout le monde juge à sa juste valeur la haute compétence en matière de pathologie du rachis, donne dans ce volume les résultats de son expérience personnelle pour ce qui concerne la scoliose des adolescents. Après avoir dans le premier chapitre, déclaré que cette affection doit toujours être considérée comme grave, par les conséquences qu'elle peut entraîner, surtout chez la femme (accouchements rendus impossibles), l'auteur passe à l'étude des différents traitements appliqués à la scoliose. Tous les procédés sont analysés et critiqués, avec une parfaite impartialité et certainement avec une grande compétence. L'adolescent est-il simplement menacé de scoliose? c'est à une thérapeutique préventive, mais sévèrement appliquée, qu'il faudra s'adresser (massages, exercices, etc.). Au contraire l'affection est-elle déclarée? c'est alors contre la cause première du mal qu'il faut s'appliquer à lutter. Aussi rejetant les procédés qui ne s'attaquent qu'aux muscles en se basant sur la *théorie* qui incrimine dans la scoliose des lésions musculaires, l'auteur se déclare partisan des procédés qui s'adressent directement au squelette dont les lésions ont été constatées. Il emploie, en suivant une technique qui lui est personnelle, la réduction suivie de contention. Cette technique, qu'il serait trop long d'analyser, a pour but de détruire la polyankylose en position vicieuse et de la remplacer par une polyankylose en bonne position. L'auteur est arrivé par ce procédé à des résultats vraiment encourageants et la statistique consciencieuse qui termine son livre est particulièrement instructive. X.

NÉCROLOGIE.

Le Dr CALÈS.

Le Dr J.-G. Calès vient de mourir à l'âge de soixante et onze ans à l'asile des aliénées de Château-Picon, de Bordeaux, dont il était le directeur depuis le 20 août 1889.

Issu d'une famille de médecins et longtemps médecin lui-même

à Villefranche-de-Lauragais, son pays natal, Calès avait ensuite abordé la politique et avait été successivement nommé sous-préfet, conseiller général et député de la Haute-Garonne.

Abandonnant la carrière législative en 1889, il avait été nommé directeur de l'asile des aliénés de Bordeaux, à ce moment en voie de reconstruction et de réorganisation, mais il avait conservé ses fonctions de conseiller général, qu'il a remplies scrupuleusement et fidèlement jusqu'au cours même de la session dernière.

Comme directeur de l'asile de Château-Picon, Calès s'est montré, en même temps qu'administrateur intelligent, homme bon et dévoué au plus haut point; aussi avait-il rapidement gagné à Bordeaux les sympathies de tous.

On sait avec quelle amabilité cordiale il reçut en 1895 les membres du Congrès des aliénistes et neurologistes à l'asile de Bordeaux où une splendide réception leur fut offerte. Il prononça à cette occasion, une allocution pleine des généreux sentiments dont il était animé vis-à-vis des aliénés et qui le peint tout entier.

Dans ces dernières années, la santé de Calès avait, à diverses reprises, reçu des atteintes graves, mais rien ne faisait prévoir un dénouement prochain, lorsque tout récemment, à peine à sa rentrée des vacances, il dut s'aliter et, en quelques jours, une congestion pulmonaire l'emportait.

Calès fut à la fois un homme aimable et un homme de bien. Tous ceux qui l'ont connu resteront fidèles à sa mémoire et garderont de lui un bon et sympathique souvenir. E. R.

VARIA.

Les cellules pour les aliénés dans les hôpitaux : réformes urgentes.

« Voici un fait : Le soir de notre arrivée à Flaucourt, nous apprenons qu'un de nos amis, jeune homme de vingt-six ans, en entrant chez lui après une journée de travail dans les champs, s'était senti malade, était monté se coucher et que dans la nuit pris d'une fureur inexplicable il avait tout brisé dans sa chambre. Le lendemain un médecin était venu, et sur le certificat que ce dernier délivra et un deuxième certificat du maire il rentra à l'hôpital le plus près : celui de Bourg-Achard.

« Naturellement notre premier soin en apprenant cette nouvelle est d'aller rendre visite à ce pauvre jeune homme. Nous arrivons à

l'hôpital ; une religieuse nous ouvre, nous demande ce que nous désirions ; après lui avoir dit l'objet de notre visite, elle nous prie de la suivre, nous fait traverser un jardin, ensuite un bâtiment où sont les salles des malades et nous dirige vers une petite bâtisse derrière à droite, bâtisse qui nous fit l'effet d'une écurie. A travers les gros barreaux d'une toute petite fenêtre nous apercevons notre malheureux ami endormi, étendu sur une paillasse, il était camisolé et ses pieds nus touchaient les briques. Malgré l'insensibilité que donne l'habitude d'être parmi les personnes souffrantes nous sentions les larmes nous venir aux yeux de voir un être humain, un malade, dans un tel lieu, au-dessous d'une espèce de râtelier où il y avait de la paille. Il aurait pu dans un moment d'agitation se fendre la tête contre les murs ou contre les barreaux puisqu'il n'était pas attaché et qu'il n'y avait pas d'infirmiers pour le garder. Nous pensions même qu'il aurait presque été humain de l'enchaîner, au moins sa tête aurait été préservée.

« La religieuse s'apercevant de la bizarre figure que nous faisions, nous dit alors, qu'il aurait était préférable de le conduire à Evreux où il y a tout ce qu'il faut pour soigner ces gens-là. — Mais vous avez toujours bien un lit et un endroit autre que celui-ci. — On ne pourrait pas le tenir dans un lit.

« Décidément cette brave infirmière congréganiste aurait bien eu besoin de suivre les *cours professionnels pour apprendre la façon de traiter les malades atteints de délire.*

« Ce jeune homme était très intelligent, n'avait jamais présenté aucun symptôme de dérangement cérébral, son attaque l'avait pris si subitement qu'il ne pouvait guère être atteint que d'une affection aiguë du cerveau, mais en supposant même que c'eût été un fou chronique il n'était pas humain de le conduire dans un tel lieu et de cette façon, même provisoirement. Nous comprenons maintenant pourquoi les Normands ont une appréhension si vive de l'hôpital. (*L'Infirmier*, 2 juillet 1899.)

Nous avons exposé dans le temps le triste résultat de nos visites dans les hôpitaux de province concernant la déplorable situation des cellules affectées aux aliénés. A la suite de nos dires, reconnus exacts, vérifiés par M. l'inspecteur Napias, dont M. Monod avait fait l'objet d'une communication au Congrès international de médecine mentale en 1889, M. Fallières avait adressé aux préfets une circulaire pour faire cesser les abus qui lui étaient signalés. Le fait ci-dessus montre que la réforme est loin d'être complète et qu'il est nécessaire d'appeler de nouveau l'attention de MM. les préfets sur cette intéressante question d'assistance hospitalière.

B.

Assistance des enfants idiots.

Sous le titre *les Miséreux*, le *Petit Var* du 11 novembre rapporte le fait suivant :

Qui connaîtra jamais les misères insoupçonnées d'une ville ? Il existe des créatures humaines qui vivent dans des conditions lamentables, sans que l'on s'en doute. C'est le cas de deux enfants, admis seulement hier à l'hôpital civil sur l'intervention et les formalités de la police.

Dans un taudion de la rue Magnaque s'abritent trois personnes : le père, journalier de l'arsenal, et ses deux fils Michel M.... âgé de dix-sept ans, et Honoré M..., âgé de dix ans. Le père passait trois sous par jour à ses deux enfants et c'est avec cela qu'ils devaient vivre. Si encore ceux-ci avaient été doués comme tout le monde ! Mais inintelligents, abêtis, ils n'avaient — l'aîné comme le plus jeune — aucune initiative. Pour ainsi dire abandonnés, livrés à eux-mêmes, ils erraient dans la rue, sans but comme la bête, incapables même de parler.

Ces malheureux, atteints de crétinisme, étaient affligés en outre d'une maladie de peau et vêtus de haillons. Chez eux, ils couchaient sur les tringles de leur lit, à peine recouvertes de vieux sacs. Pourtant, le père a, à sa disposition, un drap et une couverture. Ces loqueteux ont fini par exciter la pitié de quelques gens du quartier, lesquels ont signalé cette situation au commissaire de police. Ce fonctionnaire s'est empressé d'y mettre un terme, en ce qui concerne les jeunes Michel et Honoré M... Quant au père, seul maintenant, il pourra se suffire.

Une meurtrière de douze ans. — On mande d'Alger au *Petit Parisien* : « Il y a quelques jours, disparaissait un bébé de trois ans, le jeune Etienne Grecco, fils d'un jardinier employé à la ferme Raphaël, près d'El-Affroun ; après de longues recherches restées infructueuses, on eut l'idée de vider un immense bassin servant à alimenter les alambics destinés à distiller du géranium : le cadavre gisait au fond du réservoir, presque méconnaissable. Toute idée d'accident devait être écartée, car ce bassin, qui s'élève à deux mètres au-dessus du sol, est hermétiquement fermé.

« Pendant que la gendarmerie procédait à une enquête, le jeune René, fils du fermier Kaci, est venu déclarer au brigadier que c'était sa sœur Thérèse qui avait jeté le petit Etienne dans le réservoir et avait aussitôt refermé le bassin, menaçant son frère de mort s'il la dénonçait. La petite Thérèse, âgée de douze ans, qui à ce moment se tenait cachée chez son père, ayant été appelée, a avoué son crime, et comme on la questionnait sur le mobile qui l'avait fait agir, elle a répondu cyniquement : « C'est une idée

comme cela ! » La jeune criminelle, issue d'un père arabe et d'une mère espagnole, est le vice incarné ; on devait même l'enfermer dans une maison de correction à la suite d'un vol important qu'elle avait commis récemment. »

Les deux faits qui précèdent indiquent la nécessité de l'hospitalisation et du traitement des enfants idiots. Ce n'est pas la maison de correction qu'il faut à la catégorie d'enfants malades à laquelle appartient la fillette meurtrière mais l'asile-école du traitement médico-pédagogique.

Tentative de suicide d'un enfant a la prison.

Le *Républicain orléanais* a rendu compte en son temps du jugement du tribunal correctionnel de Gien en date du 19 juillet dernier qui acquittait comme ayant agi sans discernement, mais envoyant en correction pendant trois mois le nommé Pinson (Louis-Maurice), âgé de dix ans, domicilié à Châtillon-sur-Loire, qui avait soustrait de l'argent et des bouteilles de liqueurs au préjudice d'un cafetier, M. Morizet. Cet enfant qui est actuellement détenu à la prison de Gien a tenté de mettre fin à ses jours dans les circonstances suivantes :

Ce matin, vers cinq heures, quelques minutes avant le réveil des prisonniers il a approché son lit d'une fenêtre et il a attaché à un des barreaux son mouchoir dans lequel il a passé sa tête. Le gardien, qui arrivait quelques instants après, ne voyant pas le jeune Pinson dans son lit, examina la cellule et l'aperçut pendu au barreau de la fenêtre. Il s'empressa de le dépendre et de lui prodiguer les soins nécessaires. L'état de Pinson ne présente aucune inquiétude. (Le *Républicain Orléanais* du 4 août.)

Les réflexions précédentes s'appliquent également à ce malheureux petit suicidé : traitement médico-pédagogique dans une *asile-école* et non dans une *maison de correction.*

Les aliénés en liberté.

Un triple suicide. — Mme Bussi, qui habite rue de la Véga avec ses deux fillettes, l'une nommée Lucie et âgée de huit ans, la seconde nommée Alice-Eugénie et âgée de trois mois, était depuis quelque temps en proie au *délire de la persécution.* Elle se croyait en butte à toutes sortes de machinations de la part d'ennemis imaginaires. Le mari, ouvrier peintre, occupé actuellement à La Rochelle, n'étant point là pour la rassurer, la malheureuse a perdu tout à fait la tête : elle s'est asphyxiée hier avec ses deux enfants, après avoir écrit au procureur de la République une lettre dans

laquelle elle lui faisait connaître sa funeste résolution. Des voisins, inquiets de l'absence de Mme Bussi, pénétrèrent hier soir dans son domicile et la trouvèrent étendue sur son lit, ayant à ses côtés ses deux enfants qui étaient revêtus de leurs vêtements du dimanche. Ni elle ni les fillettes ne donnaient signe de vie. Les voisins prévinrent aussitôt le commissaire de police du quartier, qui informa à son tour le malheureux mari. (*Le Temps* du 19 octobre 1899.)

Drame de la folie. — Hier soir, vers dix heures, les gens qui passaient devant le n° 9 de la rue Saint-Denis, entendirent des coups de feu, puis virent s'élancer dans la rue une femme que poursuivait un garçon d'hôtel criant : « Arrêtez-la ! A l'assassin ! La femme fut arrêtée par la foule, jetée à terre et piétinée. Elle aurait été assommée sans l'intervention d'un ancien inspecteur de la sûreté qui parvint à calmer les fureurs de la foule. Les gardiens de la paix arrivèrent plus tard et on remit entre leurs mains la malheureuse qui fut conduite au poste de la rue des Prouvaires. Interrogée par M. Bureau, commissaire de police, elle refusa de répondre. Toutefois, on sait son nom : elle s'appelle Marie Boudon. De l'enquête faite sur place par le commissaire se dégagent les faits suivants : il y a une dizaine d'années, Marie Coutan, aujourd'hui âgée de trente ans, avait épousé le fils de Mme veuve Boudon, propriétaire d'un hôtel meublé, 9, rue Saint-Denis.

Le jeune ménage, installé, 59, rue Lhomond, vécut pendant longtemps fort uni, la bru entretenant de bonnes relations avec sa belle-mère. Une affaire de famille vint troubler cet accord, et l'humeur de Marie Boudon changea soudain; elle se mit à haïr sa belle-mère. Evidemment sa raison avait chaviré; on surveilla la jeune femme. Cependant, hier, elle échappa à cette surveillance, sortit et se rendit chez Mme Boudon, mère, 9, rue Saint-Denis.

Celle-ci était dans le bureau de son hôtel en train d'écrire, assise devant un secrétaire, lorsque sa bru entra brusquement et se mit à l'injurier avec violence; puis, avant que la veuve eût le temps de répondre, sa belle-fille tira de sa poche un revolver et fit feu à deux reprises. Mme veuve Boudon glissant de la chaise sur laquelle elle était assise, s'affaissa sur le parquet. Elle ne tarda pas à rendre le dernier soupir, une balle avait traversé un poumon. Marie Boudon a été envoyée au Dépôt. (*Le Temps* du 9 octobre 1899.)

Folie. — A onze heures du matin, hier, M. Foulègue, gardien de phare à Saint-Mandrier, a réquisitionné les agents de la sûreté Arnaud et Martel, pour pouvoir conduire un aliéné qui commettait des extravagances et pouvait être un danger pour la sécurité des voisins. Ce fou est un nommé Désiré M..., âgé de 27 ans. (*Le Petit Var*, 24 septembre 1899.)

Un fou. — Hier matin, à sept heures, un homme élégamment

vêtu, coiffé d'un chapeau haut de forme, escaladait les échafaudages de la gare de Lyon et s'installait commodément à une dizaine de mètres de hauteur. Cet individu, qui n'était autre qu'un malheureux aliéné, du nom de Eugène Lefèvre, se mit alors à jeter sur les passants toutes sortes de projectiles.

Un rasssemblement formidable de curieux se forma et le commissaire de police du quartier, prévenu de ce qui se passait, dut, dans l'impossibilité où il se trouvait de s'emparer du fou, prévenir les pompiers. Ceux-ci, arrivés quelques instants après, ne purent s'emparer du malheureux fou qu'après une heure d'efforts, et il a fallu user de ruse pour le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*La France*, 25 octobre 1899.)

— La femme Truchet, de Loisé, près Mortagne, qui donnait des signes d'aliénation, s'est noyée volontairement. (*Le Bonhomme Normand* du 19 octobre 1899.)

— Le nommé Edmond Chartier, trente-deux ans, de Pommartin (Aube), sujet à des *accès de folie*, a tué sa voisine, la femme Fèvre, soixante-deux ans, puis s'est donné la mort. (*Le Bonhomme Normand*, 26 octobre 1899.)

Tous ces faits montrent la nécessité de procéder à l'hospitalisation des aliénés dès que la folie est constatée : c'est l'intérêt de la société car on éviterait les malheurs que nous venons d'enregistrer; c'est l'intérêt des malades qui, soignés dès le début, auraient plus de chances de guérison. B.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations, promotions, etc. :* M. Dodero, médecin adjoint, nommé à Saint-Ylie (Jura), concours de Lyon (juillet); — M. Chaussinaud, directeur-médecin à Saint-Dizier (Haute-Marne), élevé à la première classe du cadre; — M. le Dr Taule, directeur à l'Asile clinique (Sainte-Anne), admis à faire valoir ses droits à la retraite pour infirmités à dater du 1er octobre 1899, est nommé directeur honoraire; — M. Guillot (Maurice), sous-chef de bureau au Ministère de l'Intérieur, chef du cabinet de M. le conseiller d'État, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, est nommé directeur de l'Asile clinique (Sainte-Anne)

(septembre); — M. le Dr Chocreaux, médecin-adjoint à Alençon promu à la classe exceptionnelle du cadre; — M. le Dr Thibaud, médecin adjoint à Quimper, est promu à la première classe du cadre; — M. le Dr Bellat, directeur-médecin à Brenty-la-Couronne (Charente), est élevé à la première classe du cadre; — M. le Dr Allaman, médecin-adjoint à Blois, est promu à la classe exceptionnelle (octobre).

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900 dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile Clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif.* — Le lundi 6 novembre 1899, à 1 heure précise, il a été ouvert, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900, dans lesdits Etablissements.

Concours de l'internat en médecine. — Le jury, sauf modifications, est ainsi composé : MM. Febvré et Legrain, médecins en chef de Ville-Evrard. — MM. Charpentier et J. Voisin, médecins en chef de la Salpêtrière. — M. Chaslin, de Bicêtre. — M. B. Auger, chirurgien de Beaujon. — M. Thiroloix, médecin des hôpitaux.

Asile clinique. — Clinique des maladies mentales : M. le professeur Joffroy, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. — M. Magnan : *Exercices cliniques sur le diagnostic de la folie*, le vendredi à 9 1/2.

Asile de Villejuif (Tramway Chatelet-Villejuif). — Service de M. Toulouse. — Le mercredi à 9 h. 1/2 visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* (Professeur M. Raymond). — M. Gilles de la Tourette, chargé de cours, a commencé le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 24 novembre 1899, à dix heures du matin (Hospice de la Salpêtrière), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — *Programme d'enseignement supplémentaire* : Séméiologie des maladies du système nerveux. M. le Dr Cestan. — Histologie normale et pathologique du système nerveux. M. le Dr Philippe. — Psychologie clinique, M. le Dr Janet. — Electrodiagnostic et électrothérapie. M. le Dr Huet. — Examen du larynx. M. le Dr Cartaz. — Examen des yeux. M. le Dr Sauvineau. — Examen des oreilles. M. le Dr Gellé. — Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Hôtel-Dieu. — *Pathologie mentale et nerveuse.* — M. le Dr E. Dupré, professeur agrégé, a commencé ses cours le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin, dans le salon de la salle

Sainte-Madeleine, et les continuera à la même heure, les mardis et les vendredis suivants (Hôtel-Dieu).

Meurtrier inconscient. — Le nommé Julien, habitant Latour-Couzals, près Castres, qui s'était constitué prisonnier à la police de Toulouse, s'accusant du meurtre de sa maîtresse, Félicie Ducousseau, a fait preuve d'un cynisme surprenant lors de la reconstitution de la scène du crime. Au moment où les magistrats allaient se retirer, Julien, très calme, se tourne vers un domestique de la maison et lui dit : « Donnez donc à ces messieurs des serviettes pour s'essuyer les mains. » (*Le Journal du Peuple*, 15 octobre 1899.)

Fureur d'un alcoolique. — Gervais Lagnel, trente-quatre ans, était au service du sieur Eudeline, cultivateur à Campeaux. Pendant la moisson, le fils Eudeline, soldat au 74e, en garnison à Paris, vint aider son père. Il chargeait des gerbes d'orge pendant que Lagnel et une servante les liaient. Eudeline, mécontent des manières de Lagnel avec la jeune fille, lui en fit l'observation. Pour toute réponse, Lagnel prit un râteau et en asséna trois coups si violents sur la tête du jeune soldat que le râteau se brisa et que l'une des dents pénétra dans les chairs et resta dans la plaie. Lagnel est un alcoolique qui a été interné trois fois au Bon-Sauveur. Il est considéré comme un fou dangereux. Le tribunal correctionnel de Vire ne l'a condamné qu'à un mois d'emprisonnement. (*Le Bonhomme Normand* du 26 octobre 1899.)

Alcoolique. — Le nommé Rousselet, âgé de 56 ans, disparu depuis le 11 août dernier, a été trouvé dans la forêt d'Evreux par le garde Lefèvre. Son cadavre était en décomposition. Rousselet qui avait manifesté depuis longtemps l'intention de se suicider, s'était en effet pendu à une branche d'arbre. C'était un alcoolique. (*Le Rappel de l'Eure* du 25 novembre 1899.)

Alcoolisme de l'enfance. — Georges Bommert, cinq ans, dont le père habite près le Mans (Sarthe), où il est bouilleur de cru, avait bu, pendant l'abscence de ce dernier, une certaine quantité d'eau-de-vie, fraîchement distillée. Le petit malheureux est mort peu après dans d'horribles souffrances. (*Le Bonhomme Normand*, 9 novembre 1899.)

Une aveugle bachelière. — Une jeune fille née aveugle et sourde-muette, Mlle Hélène Keller, a passé un brillant examen de baccalauréat au Rad-Cliff Collège de New-York. Elle a remporté le premier prix de grec, de latin, d'algèbre et de géométrie. (*La Fronde* du 24 octobre 1899.)

AVIS A NOS COLLABORATEURS. — *Nous prions instamment nos collaborateurs de bien vouloir nous renvoyer, dans un délai de* trois jours, *leurs épreuves corrigées et de toujours nous les adresser* 14, rue des Carmes.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir de ce jour. Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Etranger.*

— *Jusqu'au* 31 *décembre, la COLLECTION COMPLÈTE des* **Archives de Neurologie** *sera livrée à nos nouveaux abonnés au prix de* **cent vingt** *francs, y compris l'abonnement de* 1899. — *A partir du* 1er *janvier* 1900 *le prix de la collection complète* (1880-1899) *sera porté à CENT CINQUANTE francs.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE SAINT-YON. — *Rapport médical pour l'année 1898.* — Brochure in-4° de 21 pages. — Rouen, 1899. — Imprimerie Cagniard.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE QUATRE-MARES. — *Rapport médical pour l'année 1898.* — Brochure in-4° de 26 pages. — Rouen, 1899. — Imprimerie Cagniard.

CARRIER (Georges). — *Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés.* — In-8° de 194 pages. — Prix : 3 francs; pour nos abonnés 2 francs.

CHIPAULT (A.). — *Thérapeutique de la scoliose des adolescents.* — Volume in-18 de 261 pages, avec 67 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, 1889. — Librairie Vigot frères.

DONATH. — *Der epileptische Wandertrich* (Poriomanie). — Brochure in-8° de 21 pages. — Budapest, 1899. — Chez l'auteur.

DONATH (J.). — *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Basedowschen Krankheit.* — Brochure in-8° de 14 pages. — Budapest, 1899. — Chez l'auteur.

FYRRETYVENDE BERETNING OBI. *Aandssvageanstalten paa Gl. Bak-Kehusogebberodgaard ved Kebenhaven for Aaret fra 1 april* 1898, *til* 31 *marts* 1899. — Brochure in-8° de 51 pages, avec 8 planches. — Kebershaven, 1899. — Trykt hos Nielsen and Lydiche.

GRASSET. — *La distribution segmentaire des symptômes en séméiologie médullaire.* (Leçons recueillies et publiées par Gibert.) — Brochure in-8° de 77 pages. — Montpellier, 1899. — Imprimerie Delord-Boehm.

GUÉRIN et AIMÉ (H.). — *Un cas de folie intermittente avec étude de quelques éléments urologiques.* — Brochure in-8° de 6 pages. — Nancy, 1899. — Extrait de la *Revue médicale de l'Est.*

HUALDE (J.-R.). — *Profilaxia de la locura.* — Volume in-8° de 106 pages. Buenos-Ayres, 1899. — Imprenta « San Jorge ».

HUGON (E.). — *Massage thérapeutique.* — Volume in-18 de 300 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1899. — Librairie Vigot frères.

KELLER (Chr.). — *De Kellerske Aandssvage-Anstalter.* — Brochure in-8° de 29 pages, avec 6 vues. — Kobenhavn, 1899. — Librairie Numa Fraenkel.

LE DUIGOU (E.). — *Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants.* — In-8° de 56 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés : 1 fr. 25. — Aux bureaux du *Progrès médical.*

RAULIN (J.-M.). — *Le rire et les exhilarants. Étude anatomique, psycho-physiologique et pathologique.* — Volume in-8° de XVI-292 pages, avec 100 photogravures et dessins. — Prix : 7 fr. 50.

RICHE (A.). — *L'ataxie des tabétiques et son traitement.* — Volume in-8° de 120 pages, avec 9 planches et 5 figures. — Prix : 4 francs.

SACHS (H.) und FREUND (C.-S.). — *Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung.* — Volume in-8° de 581 pages, avec 20 figures. — Prix : 20 francs. — Berlin, 1899. — Librairie Fischer's.

SOURY (J.). — *Système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines.* — 2 volumes in-4° reliés formant ensemble 1.863 pages, avec figures. — Paris, 1899. — Librairie Carré et Naud.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

ABASIE. Contribution à la casuistique de l'astasie —, par Goldstein, 316.
ABCÈS cérébral et méningite aiguë, par Klippel, 514.
ABSTINENCE. Essai sur l'état mental dans l' —, par Lassignardie, 167.
ACROMÉGALIE. Un cas d' — en gant, par Crocq, 48.
AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES. Contribution à l'étude des — du système nerveux, par Moltschanoff, 340.
AGORAPHOBIE. L'hypnotisme et le traitement de l' —, par Vlavianos, 238.
AIGUILLE. Désordres produits par une — dans la main, par Maere, 511.
AIMANT. Applications thérapeutiques de l' —, par Joire, 162.
ALCOOL. La diminution de l'emploi de l' — et ses résultats en Norvège, 75.
ALCOOLISME Médecine légale de l'—, par Lentz, 138, Tabagisme et — guéris par la suggestion hypnotique, par Bourdon, 163. Drames de l' —, 172. De l'importance de l'emploi simultané de la suggestion hypnotique et d'autres médicaments dans le traitement de l' — chronique, par de Bechterew, 228. L' — avant l'alcool, par Delpeuch, 308. L' —, 346. L' — 431.
ALCOOLIQUES. La descendance des — Influence de l'hérédité paternelle, par Sabrazès et Brengues, 140.
ALIÉNATION. Lèpre et —, par Kovalevsky, 142.
ALIÉNÉS. Contribution à la question des particularités (stigmates) physiques des —, par Vorobieff 144. La régularité du processus d'accroissement des — dans la population du gouvernement de Moscou, d'après le recensement de 1893, par Jakowenko, 147. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des — par Doutrebente et Gombault, 219. Le système osseux chez les —, par Briscoe, 221. De l'emploi des bains prolongés chez les —, par Boyer, 230. Les — en liberté, 174, 254, 348, 351, 525. Traitement hydrique de l' —, par Foster, 416.
ALGÉSIQUE. Du sens —, étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale, par Marandon de Montyel, 142.
AMÉNORRHÉE. Sur l' — nerveuse, par Coulonjou, 285.
ANASTHÉSIES. paralysies et amyotrophies en tranches, par Crocq, 512.
ANENCEPHALIE. De l'oreille interne dans l' — par Veraguth, 412.
ANGINE DE POITRINE. — Des lésions compensatrices dans l' —, par Pawinsky, 48.
ANTHROPOLOGIE. Archives d' — criminelle, de psychologie normale et pathologique, par Lacassagne et Tarde, 426.
APOPLEXIE. — De l' — progressive, par Bosc et Vedel, 199. Un cas d' — médullaire, par Mouravieff, 337.
ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT. De l'humérus gauche dans un cas d'hémiplégie infantile, par Bernard, 111.
ARTÉRITE syphilitique des deux sylviennes et du tronc basilaire, par Bacaloglu, 56.
ARTHRALGIE. De l' — hystérique du genou, par Lepinte, 165.
ASILE D'ALIÉNÉS, 174. Réception à l' — d'Aix. Inauguration du buste du Dr Pontier, 66-527.
ASTASIE. Contribution à la casuistique de l' — abasie, par Goldstein, 316.
ATAXIE. Deux cas d' — de Friedreich, par Cohn, 319.
ATHÉTOSE. Un cas d' — bilatérale, par Campbell, 510.
ATROPHIE. Musculaire et osseuse du

membre supérieur droit, consécutive à des traumatismes violents et multiples, par Sabrazès et Marsy, 310.
ATROPINE. Du délire dans l'intoxication par l' —, par Beyer, 325,

BÉGAIEMENT. Contribution à l'étude du — et de son traitement pratique, par Thomas Derevoge, 166.
BIBLIOGRAPHIE, 71, 518.
BULBE RACHIDIEN. Le — par Mignault, 416.

CAPSULE INTERNE. Sur les altérations des grandes cellules pyramidales consécutives aux lésions de la —, par Marinesco, 400.
CARDIOPATHIE (ou Heart Fear), par Englisch, 311.
CATATONIE. Les symptômes de la —, par Worcester, 509.
CELLULES dans les hôpitaux et réformes urgentes, par Bourneville, 522.
CENTRES NERVEUX. Les phénomènes de la réparation dans les — après la section des nerfs périphériques, par Marinesco, 403.
CERVELET. Nouvelles études sur la physio-pathologie du —, par Gatta, 222. Les dégénérations secondaires chez les animaux, consécutives aux lésions expérimentales du — avec présentation des préparations microscopiques et des figures, par Versiloff, 235. Recherches sur la moelle et le — des oiseaux, par Friedlander, 404.
CHIRURGIE DU CERVEAU. Considérations sur les progrès récents apportés à la —, par Neill, 233.
CHLOROFORME et suggestion, par Farez, Le Menant des Chesnais, etc., 517.
CHORÉE variable, par Brissaud, 54. — à propos de la — de Brissaud. Trois observations de la —, par Couvelaire et Crouzon, 480.
CLASSES SPÉCIALES. Lettre à M. C. Dupuy sur la création de — pour les enfants arriérés, par Bourneville, 429.
CLAUDICATION intermittente douloureuse, par Brissaud, 157.
COMPRESSION. Des différentes formes de paralysie due à la — de la moelle épinière. Leur physiologie pathologique, 401.
CONFUSION MENTALE. Relation d'un cas de — post-opératoire, par Fenayrou, 257.
CONGRÈS des aliénistes et neurologistes, 59.
CONTRACTURE. Un cas de — congénitale avec hypertrophie de l'extrémité supérieure gauche, par Kalischer, 320.
CONVULSIFS. Considérations cliniques sur l'avenir des — infantiles, par Dufour, Marie, Hoddo, Joffroy, 159.
CORPS CALLEUX. Balle dans le —, par Chipault, 513.
COUCHE OPTIQUE. Tubercules de la —, par Demange et Spillmann, 55.
CRIMINALITÉ. Pathologie et —, par Jentsch, 137. Problèmes de la — par Tarde, 427.
CYCLOPIE. Sur les causes de la —, par Legge, 218.

DÉCADENTS. Symbolistes et —, par Bagenoff, 325.
DÉDOUBLEMENT. Les phénomènes de la distraction cérébrale et les états dits de — de la personnalité, par Laupts, 139.
DÉGÉNÉRÉS. Education des — supérieurs, par Thulié, 518.
DÉGÉNÉRESCENCE et stigmates mentaux. Malformation ue l'ectoderme; myoclonie épisodique, par Feindel et Froussard, 143.
DÉLIRE. Le — dans les fractures du crâne, par Areilza, 313. — menstruels périodiques, par Trénel, 327. — Toxique avec crises épileptiformes causées par le sulfate de cinchonidine, par Ballet, 159.
DELIRIUM TREMENS. Bains froids dans le —, par Letulle, 418.
DÉMENCE. Un cas de — organique chez une femme hystérique, par Lioubouchine, 340.
DERMOGRAPHIE. La — chez les aliénés, par Téré et Lance, 140.
DÉVELOPPEMENT. Etudes cliniques et étiologiques sur le — défectueux de l'intelligence, chez les enfants, par Looft, 73.
DISTRACTION. Les phénomènes de la — cérébrale et les états dits de dédoublement de la personnalité, par Laupts, 139.
DURE-MÈRE. Observation de sarcome de la — spinale; contribution à la connaissance des dégénérescence secondaire consécutives à la com-

pression de la moelle, par Quesnel, 410.

EMPOISONNEMENT. Sur les altérations anatomiques du système nerveux central dues à l' — par le poison, par Tchernicheff, 237.
ENCÉPHALITE. Un cas d' — aiguë hémorragique avec présentation de la malade, par Broukhansky, 235. — infectieuse chez deux frères, par Filatoff, 333. — hémorragique, par Deiters, 491.
ENCÉPHALOPATHIE et tuberculose, par Dufour et Dide, 514.
ENERVEMENT. L'—, par Margain, 168.
ENFANTS. Corps et âme de l'—, par de Fleury, 519.
ENFANTS MALADES. Voleurs et incendiaires, 350.
EPILEPSIE. Deux trépanations, persistance des accès, par Jourdan, 122. Contribution à l'étude de l'— et de son traitement, par Wislocki, 133. Suites éloignées de la résection du sympathique dans l' — par Souques, 158. Des principes essentiels du diagnostic et du traitement de l' —, par Leszynsky, 233. Manifestations larvées de l' —, par Brown, 312. Deux cas d' — jacksonnienne —, par Briz, 313. — de Flechsig. De la méthode en traitement de l' — de Feschsig, par Schroeder, 420. De l'importance des médicaments cardiaques dans le traitement de l' —, par de Bechterew, 423. Traitement médical de l' —. par Hughes, 425. Contraction de l'estomac dans l' —, par Ossipow, 488. Paralysie radiale consécutive à des attaques d' —, par Adler, 490. Accès tétanoïdes dans l' —, par Clark, 509, — jacksonnienne hystérique, par Crocq, 512.
EPILEPTIQUE brûlée vive, 217. Démence - paralytique spasmodique à l'époque de la puberté, par Voisin, 331. Observation d'acromégalie, chez un dément —, par Farnarier, 332. Les — et les idiots, 349. Des fractures spontanées pendant les accès —, par Charon, 484. Attaques — à forme d'angoisse, par de Bechterew, 500.
ESPRIT SCIENTIFIQUE. L' — contemporain, par Foveau de Courmelles, 240.
ETHER. Abus d' — dans la Prusse orientale, par Sommer, 421.
EVADÉS. Trois — de Ville-Evrard, 77.
EXHIBITIONNISTE. Présentation d'un—. 150.

FAISCEAU OPTIQUE. Le — médian du pigeon, par Wallenberg, 424.
FAISCEAU PYRAMIDAL. Les contractures et la portion spinale du —, par Grasset, 50.
FOLIE. Mysticisme et —, par Marie, 31. Syphilis et —, par Collotti, 328. L'imbécillité et la — de l'imbécillité devant la loi, par Hughes, 330.
FOU. Un — furieux à la Salpêtrière. 76.

GANGLIONS SPINAUX. Contribution à la pathologie des cellules des —. par Juliusberger et Meyer, 322.
GLYCOSURIE. Recherches sur la — alimentaire dans les maladies mentales au point de vue des rapports entre la folie et le diabète, par Bellisari, 324.
GOITRE EXOPHTALMIQUE. Syndrome survenu chez un goitreux. Guérison par l'électricité, par Veslin et Leroy, 418. Traitement du —. par l'ovarine, par Delaunay, 132. — par Popoff, 338. Troubles moteurs dans le —, par P. Londe. 514.
GYNÉCOLOGIE. Du rôle de l'hygiène et de la — dans les services de femmes aliénées, par Picqué et Febvré, 60.

HALLUCINATIONS religieuses et délire religieux transitoire dans l'épilepsie, par Mabille, 141. Les — psychomotrices verbales dans l'alcoolisme, par Cololian, 373.
HÉMATOMYÉLIE compliquant une section médullaire, par Déjerine, 178.
HÉMATOPORPHYRINURIE. Notes sur l'urobilinurie et l' — toxique dans les maladies nerveuses, par Hascovec. 143.
HÉMICHORÉES. Sur les —, par La Riva, 312,
HÉMIPLÉGIE cérébrale infantile. Arrêt de développement de l'humérus gauche dans un cas d' —, par Bernard, 111. — gauche et paralysie alterne de la sensibilité par Ballet, 159. Deux observations

d' — avec hémianesthésie, par Mongour et Gentès, 277. — hystérique, par Guttmann, 501. — alterne, par Babinski, 513.
Hémiplégiques. Muscles abdominaux et orifice inguinal chez les —, par Sicard, 515.
Hémorragies méningées. Sur quelques variétés d'—, par Boinet, 57.
Hérédité. L' — dans les familles d'aliénés et la théorie générale de l'hérédité, par Sollier, 57.
Hygiène. Du rôle de l' — et de la gynécologie dans les services de femmes aliénées, par Picqué et Febvré, 60.
Hyperthermie. Recherches sur les lésions des centres nerveux consécutives à l' — expérimentale et à la fièvre, par Marinesco, 228.
Hypertrophie. Pseudo-acromégalique segmentaire de tout un membre supérieur avec troubles syringomyéliques ayant la même topographie, par Chauffard et Griffon, 480.
Hypospadias. Idiotie congénitale ; — et pseudo-hermaphrodisme externe, par Faucher et Bourdin, 291.
Hystérie. De la nature et de la genèse de l' —, par Sollier, 224.— de l'enfance, par Bourneville et Boyer, 391. — chez un chat et un serin, par Higier, 489.

Idée. L' — fixe, par Kéraval, 1-81, — et névrose, par Raymond et Janet, 168.
Idiotie congénitale; hypospadias et pseudo-hermaphrodisme externe, par Faucher et Bourdin, 291.
Idiots. Les épileptiques et les —, 349. Assistance des —, 524.
Imbécillité. L' — et la folie de l' — devant la loi, par Hughes, 330.
Impaludisme. Des délires dans l' —, par Chabal, 244.
Impulsions. Traitement psychothérapique des — chez les aliénés, par Stadelmann, 161. Des — et en particulier des obsessions impulsives, par Le Groignec, 244.
Incontinence d'urine et suggestion pendant le sommeil naturel, par Farez, 161. — Un curieux cas d' — spasmodique pendant le coït, par Farez, 161. — d'origine hystérique, par Ravant, 311.
Inoculations. Contribution à l'étude des phénomènes paralytiques dans les — pasteuriennes, par Darkschewitsch, 422.
Inversion. Le traitement de l' — du sens génital et de la masturbation, par la suggestion, par de Bechterew, 231.

Jalousie. Le délire dans la — affective, par Imbert, 245.

Labyrinthe. Contribution à la physiologie et à la physiologie pathologique du — chez l'homme, par Egger, 224.
Lèpre et aliénation, par Kovalewsky, 142.
Lumière colorée. La — en thérapeutique nerveuse, par Grignan, 238, — par Regnault et Bérillon, 239.

Maladie de Basedow. Voir Goître exophtalmique
Maladie de Little. Le traitement orthopédio-chirurgical de la —, par Lapinski, 231.
Maladies mentales. Contribution à la symptologie des signes physiques des —, par Bemstein, 339. Travail et alitement dans le traitement des —, par Sérieux et Farnarier, 442.
Médico-légal. Quelques réflexions sur les expertises à propos de l'examen — du meurtrier C... et rapport sur son état mental, par Garnier, 137. Consultation — au sujet d'un internement par Bonnet, 138.
Méningite. Etiologie et fréquence de la — sporadique suppurée, par Boston, 311. — syphilitique frontale, par Sano, 315. — ventriculaire commune des adultes, par Bresler, 496.
Méralgie. Traitement chirurgical de la — paresthésique, par Souques et Mauclaire, 157. Un cas de — paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané, par Souques, 416.
Moelle. Des altérations de la — consécutives à la forcipressure de l'aorte abdominale chez le chien, par Rothmann, 226. — Des différentes formes de paraplégie due à la compression de la — épinière. Leur physiologie pathologique,

par Van Gehuchten, 401. — Recherches sur la — et le cervelet des oiseaux, par Friedlaender, 404. — Contribution au trajet des fibres des racines postérieures dans la — cervicale de l'homme, par Schaffer, 406. Circulation lymphatique de la —, par Guillain, 513.
Monoplégie spinale, par Weil, 490.
Morphinomanie. 78. — Traitement par la méthode de sevrage rapide, par Comar, 130 ; —, par Debove, 131.
Myélencéphale. Histologie du — de Vacher, par Toulouse, 332.
Myélites. Les — syphilitiques, par Gilles de la Tourette, 71. — Anatomie pathologique d'un cas de — syphilitique, par Williamson, 221. — aiguë disséminée, par Fuerstener, 504.
Myoclonie. La — épileptique, par Dide, 59. Dégénérescence et stigmates mentaux ; malformation de l'ectoderme. — épisodique, par Feindel et Froussard, 143.
Myotonie. Un cas de — familiale (maladie de Thomsen) compliquée de tabes, par Nalbandoff, 145. — Contribution au traitement de la —, par de Bechterew, 420.
Mysticisme et folie, par Marie, 31.
Myxœdème spontané infantile, par Briquet, 52. Pathologie du —, par Muratow, 499.

Nasale. Insuffisance — hystérique, par Lermoyez, 307.
Nécrologie. 430. — Calès. 519.
Nerfs périphériques. Les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des —, par van Gehuchten, 220. La terminaison des — dans les organes centraux, par Auerbach, 408.
Neurasthénie. Les trépidations et les phobies de la — cérébrale, par Hughes, 330.
Névralgie paresthésique. Névrite du fémoro-cutané, par Lop. 53. De la valeur thérapeutique des courants continus dans le traitement de la — du trijumeau, par Mias, 166. — du trijumeau d'origine traumatique, par Rasch, 316.
Névrite. Contribution à l'étude de la — ascendante, par Marinesco, 309. — parenchymateuse subaiguë, par Rossolimo, 334. — hémiplégiques, par intoxication oxy-carbonée. Valeur de l'électro-diagnostic, par Lereboullet et Allard, 479. — optique avec cécité bilatérale, par Higier, 486. — du fémoro-cutané externe, par Warda, 498.
Névroses et idées fixes, par Raymond et Janet, 168. Etiologie des — fonctionnelles, par Biernacki, 483.

Obsessions inhibitions. Contribution à l'étude des — et en particulier de l'inhibition génitale, par Sautarel, 247. — des —, par Mendel, 326.
Occultisme. L' — scientifique, par Crocq, 141.
Oculomoteur commun. Contribution au diagnostic électrique des paralysies de l' —, par Wertheim-Salomonson, 317.
Oculo-motrice. Double centre d'innervation corticale, par Roux, 177.
Onanisme. L' — et son traitement psychothérapique, par Bérillon, 163.
Ophtalmoplégie. Deux cas d' — externe chez deux frères jumeaux, par Homen, 49.
Oreille. De l' — interne dans l'anencéphalie, par Veraguth, 412.
Orteils. Du phénomène des — dans l'épilepsie, par Babinski, 156.

Paralysie. Sur les altérations du système nerveux central dans la — saturnine, par Rybakoff, 149. Un cas de — d'origine saturnine, par Sano, 307. Sur la — diphtérique, par Batters, 313. Contribution au diagnostic électrique des — de l'oculo-moteur commun, par Wertheim-Salomonson, 317. Deux cas de — bizarres, par Préobrajenski, 333. Les plis cutanés des inducteurs dans la — infantile, par Salomonson, 482. De la — phosphorée, par Henschen, 485. — du médian, par Bernhardt, 498. — traumatique du plexus brachial, par Kosch, 499. Symptomatologie et étiologie des — périphériques de la région du cou, par Hoffmann, 502. — radiale par compressions, par Déjerine et Bernheim, 512.
Paralysie alterne. Hémiplégie gauche et — sensibilité, par Ballet, 159.

PARALYSIE FACIALE. Sur le phénomène de Bell dans la — périphérique et sur sa valeur pronostique, par Bordier et Frenkel, 56. Des — récidivantes, par Bernhardt, 315.
PARALYSIE GÉNÉRALE chez une imbécile, par Cullerre, 141. Du sens algésique étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la —, par Marandon de Montyel, 142. Du rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la —, par Crocq, 144. — juvénile, par Toulouse, 154. Contribution au traitement du tabes et de la —, par Adler, 230. Un cas de — des aliénés chez une enfant, 324. Un cas de — avec hallucination, par Truelle, 322.
PARALYTIQUES GÉNÉRAUX. Etude de la descendance des —, par Wahl, 344. — Un cas d'hallucinations psycho-motrices chez un —, par Leroy, 469.
PASCAL. La maladie de Blaise —, par Binet-Sanglé, 252.
PATHOLOGIE et criminalité, par Jentsch, 137.
PASTEURIENNES. Contribution à l'étude des phénomènes paralytiques dans les inoculations —, par Darkschewitsch, 422.
PÉDAGOGIE. De la —, par Ley et Sano, 253.
PÉRONIER. Le groupe — des traumatismes médullaires, par Minor, 336.
PHOBIES. Les — neurasthéniques traitées par auto-suggestion, par Lépinay, 162. Les trépidations et les — de la neuratonie cérébrale, par Hughes, 330.
PHTISIE. De la — et en particulier de la — latente dans ses rapports avec les psychoses, par Chartier, 171.
PITUITAIRE. Tumeurs de la glande —, par PECHKRANZ, 500.
PLÉTHYSMOGRAPHIQUES. Etude des — en psycho-physiologie, par Lherminier, 164.
POLYNÉVRITE. L'évolution récidivante de la — interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance, par Rossolimo, 146.
PORENCÉPHALIE. De la —, par Richter, 222.
PRIX Belhomme, 58. Société médico-psychologique —, 346. — Esquirol. Rétablissement du —, 57. — Moreau, 58.
PSEUDO-TABES. Une observation de —, par Valin, 305.
PSYCHO-ESTHÉSIE. Sur un cas de —, par Guthrie, 306.
PSYCHOSES polynévritiques, par Mabille, 59. Des — dans leurs rapports avec les affections des reins, par Guélon, 165. De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les —, par Chartier, 171. Traitement des — par le repos au lit, par Farnarier et Sérieux, 509.
PSYCHONÉVROSE post-infectieuse guérie par suggestion, par Farez, 237.
PSYCHOTHÉRAPIQUE. Traitement — des impulsions chez les aliénés, par Stadelmann, 161.

RAMOLLISSEMENT. Foyers de — cérébral et troubles psychiques par Charon, 433.
RESPIRATION DE CHEYNE- STOCKES. Théorie cérébrale de la —, par Rabé, 482. — pendant le sommeil d'un choréique, par Bourdillon, 512.
RÉTENTION D'URINE. Une forme psychopathique de la —, par de Bechterew, 495.
RÉTRACTION. La — de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques, par Maréchal, 48.

SATURNINE. Un cas de paralysie d'origine —, par Sano, 307.
SCIATIQUE. Traitement de la —, par l'ichthyol, par Crocq, 229. — bilatérale dans la néphrite, par Lapinsky, 500.
SCLÉROSE EN PLAQUES. Un cas de tremblement segmentaire dans la —, par Grasset, 49. — par Renzi, 312. Diagnostic différentiel entre la — et l'hystérie, par Buzzard, 313. Ecorce cérébrale dans la —, par Philippe et Jonès, 514.
SCOLIOSE des adolescents, par Chipault, 521.
SÉMITES. Essai sur la pathologie des —, par Béraud, 166.
SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. Les voies centrales de la —, par Long, 399.
SENS MUSCULAIRE. Sur le — à propos de quelques travaux récents, par Verger, 461.

Société médico-psychologique, par Briand, 57, 150, 231, 346, 509. — de neuropathologie et de psychiatrie de Moscou, 144, 333, 234. — de neurologie, 155, 253, 512. — d'hypnologie et de psychologie, 161, 237, 516.
Sommeil. Quelques contributions à la psychologie du — chez les sains d'esprit et chez les aliénés, par Pilcz, 142. D'un remarquable état de — pathologique, par Holzinger, 314.
Sous-arachnoïdiennes. Des injections —, par Sicard 419.
Spasme. Un cas de — avec contraction hémiplégique sans paralysie, par Stewart, 312.
Spina-Bifiba. Traitement du — par l'incision suivie de la fermeture du canal rachidien, par Yelverton-Pearson, 424.
Spiritisme. Phénomènes provoqués par le —, par Bérillon, 516.
Stupeur mentale intermittente, par Noble, 328.
Subconscient. Essai sur le — dans les œuvres de l'esprit et chez leurs auteurs, par Chabaneix, 246.
Suc ovarien. Le —. Effets physiologiques et thérapeutiques, par Bestion, 243.
Suggestive. Quelques mots sur la nature et les indications de la thérapeutique —, par Forel, 136.
Suicides d'enfants, 345, — par injection sous-cutanée, 351. Tentative de — d'un enfant, 525.
Sulfure de carbone. Contributions expérimentales et anatomio-pathologiques à l'étude de l'intoxication chroniqne par le —, par Kœster, 413.
Surdité verbale pure de nature hystérique, 155, par Raymond. — à la suite d'une fracture du crâne, par Bielkowsky, 492. — mentale, par Robinson, 513.
Symbolistes et décadents; par Bagénoff, 325.
Sympathique. Traitement de l'épilepsie essentielle par les opérations pratiquées sur le grand —, par Briand, 165. Maladies du —, par Robert, 306.
Syndrome de Landry par lésions exclusives des cornes antérieures (myélite ascendante antérieure aiguë), par Courmont et Bonne, 353.
Syndrome de Little. Le —; sa valeur nosologique; sa pathogénie, par Cestan, 342.
Syphilis et tabes, par Touche, 52. — et folie, par Collotti, 328.
Syringomyélie, par Carslaw, 814. Lésion bulbaire dans la — avancée, par Philippe et Oberthür, 515.

Tabagisme et alcoolisme guéris par la suggestion hypnotique, 163.
Tabes. Syphilis et —, par Touche, 52. Contribution au traitement du — et de la paralysie générale par Adler, 230. Le — labyrinthique, par Bonnier, 310. La manière d'être des cellules des ganglions spinaux dans le — éclairée par la méthode de coloration de Nissl, par Schaffer, 403. — et paralysie générale dans leurs rapports avec la syphilis; proposition thérapeutique, par Adler, 421. Symptômes consécutifs à la ponction lombaire dans le — dorsal, par Babcock, 424. — et surmenage physique, par Lœwenfeld, 508. — cervical, par de Buck, 510.
Tatouage. Le — médical en Egypte dans l'antiquité et à l'époque actuelle, par Fouquet, 426.
Temps. Appréciation post-hypnotique du —, par Bramwel, 517.
Tétanos. Un cas de — chez l'enfant de trois ans guéri par le sérum antitétanique, par Bernhardt, 134. — Notice historique relative à l'étude du — céphalique, par Bernhardt, 321.
Thèses de la Faculté de médecine de Paris (année scolaire 1897-1890 sur la neurologie et la psychiatrie, 249.
Thyroïde. Pathologie de la glande —, par Murray, 314.
Tic traité avec succès par la suggestion hypnotique, par Vlavianos, 162. Un cas de — traité par la suggestion, par Féron, 426.
Torticolis mental. Sur le traitement du — et des tics similaires, par Brissaud et Feindel, 133.
Tremblement. Quatre observations de —, par Boinet, 480.
Trépidations. Les — et les phobies de la neuratonie cérébrale, par Hughes, 330.
Tribromure de salol. Le —; sa valeur comme hypnotique chez les aliénés, par Viallon, 130.

TRAUMATIQUE. Notion — dans l'étiologie des maladies nerveuses, par Gauppe, 497.
TUMEURS CÉRÉBRALES avec diagnostic de la localisation, par Bruns, 493.
TYMPANITE gastrique, par Ewald, 510.
TYPHOÏDE. Des paralysies généralisées dans la fièvre —, par Etienne, 51.

UROBILINURIE. Notes sur l' — et l'hématoporphyrinurie toxiques dans les maladies nerveuses, par Hascovec, 143.

VISUEL. Structure du centre cortical — du cerveau, par Ramon y Cajal 125.
VOMISSEMENTS incoercibles de nature hystérique traités par la méthode d'Apostoli, par Decroly, 229.

ZONA. Note sur un cas de — du nerf trijumeau (branche ophtalmique de Willis et nerf maxillaire supérieur), par Vilcoq, 306.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Adler, 230, 421, 490.
Allard, 479.
Areilza, 313.
Arnaud, 154.
Auerbach, 408.
Babcock, 424.
Babinski, 156, 513.
Bacaloglu, 56.
Bagenoff, 325.
Ballet, 159.
Batters, 313.
Bechterew (de), 228, 231, 420, 423, 493, 500.
Bellet, 248.
Bellisari, 324.
Bemstein, 339.
Béraud, 166.
Bérillon, 163, 239, 516.
Bernard, 111,
Bernhardt, 134, 315, 321, 498.
Bernheim, 512.
Bestion, 243.
Beyer, 325.
Bielschowsky, 492.
Biernacki, 483.
Binet-Sanglé, 252.
Boinet, 57, 480.
Bonne, 353.
Bonnet, 138.
Bonnier, 310.
Bordier, 56.
Bosc, 199.
Bourdillon, 512.
Bourdin, 291.
Bourdon, 163.
Bourneville, 391, 429, 522.
Boyer, 230, 391.
Bramwel, 517.
Brengues, 140.
Bresler, 496.
Briand, 57, 150, 231, 316, 509.
Briquet, 52.
Briscol 221.
Brissaud, 54, 133, 157.
Briz, 313.
Bruns, 493.
Broukhansky, 234.
Brown, 312.
Buck (de), 510.
Buzzard. 313.
Calès, 521.
Campbell, 510.
Carslaw, 314.
Cestan, 342.
Chabal, 244.
Chabaneix, 246.
Charon, 433, 481.
Chartier, 171.
Chauffard, 480.
Chipault, 513, 519.
Clark, 509.
Cohn, 319.
Collotti, 328.
Cololian, 373.
Comar, 130.
Coulonjou, 285.
Courmont, 353.
Couvelaire, 480.
Crocq, 48, 141, 144, 229, 512.
Crouzon, 480.
Cullerre, 141.
Darkschewitsch, 422.
Dauby, 430,
Debove, 131.
Decroly, 229.
Deiters, 491.
Déjerine, 158, 512.
Delaunay, 132.
Delpeuch, 308.
Demange, 55.
Derevoge, 166.
Dide, 59, 514.
Doutrebente, 154, 219.
Dufour, 159, 514.
Egger, 224.
Englisch, 311.
Etienne, 51.
Ewald, 510.
Farez, 161, 237, 517.
Farnarier, 332, 442, 509.
Faucher, 291.
Febvré, 60.
Feindel, 133, 143.
Fenayrou, 257.
Féron, 426.

Filatoff, 333.
Fleury (M. de), 519.
Forel, 136.
Foster, 417.
Foveau de Courmelles, 240.
Frenkel, 56.
Friedlænder, 404.
Froussard, 143.
Fuerstner, 504.
Garnier, 137.
Gatta, 222.
Gauppe, 497.
Gehuchten, 220, 401.
Gentès, 277.
Gilles de la Tourette, 71.
Goldstein, 316.
Gombault, 219.
Grasset, 49, 50.
Griffon, 480.
Grignan, 238.
Guélon, 165.
Guillain, 513.
Guthrie, 306.
Guttmann, 501.
Hascovec, 143.
Henschen, 485.
Higier, 486, 489.
Hoddo, 160.
Hoffmann, 502.
Holzinger, 314.
Homen, 42.
Hughes, 330, 425.
Imbert, 245.
Jakovenko, 145, 147.
Janet, 168.
Jentsch, 137.
Joffroy, 160.
Joire, 162.
Jonès, 514.
Jourdan, 122.
Juliusberger, 322.
Kalischer, 320.
Keraval, 1, 81.
Klippel, 514.
Kœster, 413.
Kosch, 499.
Kovalewsky, 142.
Lacassagne, 426.
Lance, 140.
Lapinski, 231, 500.
La Riva, 312.
Lassignardie, 167.
Laupts, 139.
Legge, 218.
Le Groignae, 244.
Lentz, 138.
Lépinay, 162.
Lepinte, 165.
Lereboullet, 479.
Lermoyez, 397.
Leroy, 418, 469.
Leszynski, 233.
Letuile, 418.
Ley, 253.
Lherminier, 164.
Lioubouchine, 340.
Lœwenfeld, 508.
Londe, 514.
Long, 399.
Looft, 73.
Lop, 53.
Mabille, 59, 141.
Maere, 511.
Marandon de Montyel, 142.
Maréchal, 48.
Margain, 168.
Marie, 33, 160.
Marinesco, 218, 309, 400, 403.
Mauclaire, 157.
Mendel, 326.
Meyer, 322.
Mias, 166.
Mignault, 416.
Minor, 336.
Moltschanoff, 340.
Mongour, 277.
Mouravieff, 337.
Muratow, 499.
Murray, 314.
Nalbandoff, 145.
Neill, 233.
Noble, 328.
Oberthür, 515.
Ossipow, 488.
Paul-Boncourt, 319, 518, 520.
Pawinski, 48.
Pechkrang, 506.
Péloff, 248.
Perry (de), 243.
Philippe, 514, 515.
Picqué, 60.
Pilcz, 142.
Pontier, 66.
Popoff, 338.
Préobrajensky, 353.
Quensel, 410.
Rabé, 482.
Ramon y Cajal, 123.
Rasch, 816, 499.
Ravant, 311.
Raymond, 155, 168.
Régis, 243.
Regnault, 239.
Renzi (de), 312.
Richter, 222.
Robert, 306.
Robinson 513.
Rossolimo, 146, 334.
Rothmann, 226.
Roux, 177.
Rybakoff, 149.
Sabrazès, 140, 224.
Salomonsen, 482.
Sano, 253, 307, 511.
Sautarel, 247.
Schaffer, 403, 406.
Schroeder, 429.
Sérieux, 442, 509.
Sicard, 419, 515.
Sollier, 57.
Sommer, 421.
Souques, 157, 158, 417.
Spillmann, 55.
Stadelmann, 161.
Stewart, 312.
Tarde, 426.
Tchernicheff, 237.
Téré, 140.
Thomson, 324.
Thulié, 518.
Touche, 52.
Toulouse, 154, 332.
Trénel, 327.
Truelle, 332.
Valin, 305.
Vedel, 199.
Veraguth, 412.
Verger, 461.
Versiloff, 235.
Veslin, 418.
Viallon, 130.
Vigouroux, 483.
Vilcoq, 306.
Vlavianos, 162, 238.
Voisin, 331.
Wahl, 244.
Wallenberg, 414.
Warda 498.
Weil, 490.
Welsh, 324.
Wertheim Salomson, 317.
Wiliamson, 221.
Wislocki, 133.
Worcester, 509.
Worobieff, 144.
Yelverton-Pearson, 424.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1299.

NO 844

3 2044 103 039 889